AUTORZY

Dr med. TADEUSZ GDULEWICZ
Prof. dr hab. med. JANUSZ INDULSKI
Prof. dr hab. med. JERZY LEOWSKI
Mgr WITOLD ŁUCZAK

ORGANIZACJA OCHRONY ZDROWIA

Pod redakcją
prof. dr. hab. med. Janusza Indulskiego

Wydanie III poprawione i uzupełnione



Warszawa 1984
Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich

Redaktor mgr *Anna Plewa*
Redaktor techniczny *Maria Łakomy*
Korektor *Grzegorz Ozimek*

Projekt okładki *Andrzej Pilich*

ISBN 83-200-0802-6

PRZEDMOWA

Oddając kolejne, trzecie wydanie pozycji „Organizacja ochrony zdrowia" wyrażam przekonanie, iż służyć ona będzie absolwentom średnich szkół medycznych do opanowania podstawowych pojęć, terminów oraz zakresu zadań stojących przed systemem opieki zdrowotnej w naszym kraju. Szczególna i odpowiedzialna rola w tym systemie została przypisana pracownikom medycznym ze średnim wykształceniem. Z ich pracą związany jest bowiem proces diagnozowania i leczenia pacjentów, a także usprawnianie medyczne, pielęgnowanie chorych, opieka środowiskowa oraz zabezpieczenie potrzeb opiekuńczych. Dlatego też od przygotowania zawodowego tej kadry, zdobytej wiedzy, umiejętności praktycznych oraz motywacji do pracy zależeć będzie stopień realizacji podstawowych funkcji współczesnej ochrony zdrowia.

Średni personel medyczny stanowi dziś blisko 230-tysięczną grupę fachowych pracowników służby zdrowia. Jest to już liczba znaczna, lecz w dalszym ciągu nie pokrywająca występujących potrzeb w tym zakresie. Odnosi się to do prawie wszystkich 16 specjalności, w jakich kształcony jest ten personel, szczególnie jednak do pielęgniarek i pracowników socjalnych.

Tekst obecnego wydania książki został całkowicie zmieniony w stosunku do poprzednich jego edycji, uaktualniono dane liczbowe, wprowadzono wiele nowych rycin i zestawień tabelarycznych, starając się dostosować jego treść i układ do potrzeb dydaktycznych. Opracowano od nowa kilka zagadnień, szczególnie rozdziały o organizacji ochrony zdrowia w Polsce oraz o opiece zdrowotnej nad wybranymi grupami ludności. Ponadto poszerzono treść podręcznika o elementy współczesnej epidemiologii, ocenę stanu zdrowia ludności, status prawny fachowych pracowników medycznych, kształcenie średnich kadr medycznych, opiekę nad zdrowiem rodziny, orzecznictwo lekarskie o czasowej i trwałej niezdolności do pracy, organizację i zadania PCK, a także o te zagadnienia, których

poznanie powinno przyczynić się do zrozumienia społecznego charakteru medycyny i ochrony zdrowia. Na końcu podręcznika zamieszczono zestaw pytań kontrolnych, umożliwiających uczącym się sprawdzenie uzyskanej wiedzy w układzie przekrojowym.

Jako współautor i jednocześnie redaktor całości podręcznika zdaję sobie sprawę, iż mimo całkowitego przeredagowania treści książki, nie udało się osiągnąć takiego poziomu, konsekwencji i jednolitości tekstu, który mógłby w pełni zadowolić czytelników. Dlatego też wszystkim tym, którzy zechcą nadesłać swoje opinie i uwagi, a tym samym przyczynić się do udoskonalenia kolejnej jego edycji, pozostanę wielce zobowiązany.

Trudna, odpowiedzialna, a zarazem pochłaniająca dużo czasu praca nad wydaniem tej książki została ukończona dzięki pomocy i życzliwości moich współpracowników z Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi. Chciałbym wyrazić podziękowanie dr med. I. Szadkowskiej-Stańczyk, dr med. K. Chałas oraz dr med. A. Rojkowi za współudział w opracowaniu rozdziału III — zdrowie ludności i jego ocena, lek. M. Wolskiej za pomoc w redakcji zagadnień organizacji przemysłowej służby zdrowia oraz orzecznictwa lekarskiego o czasowej i trwałej niezdolności do pracy, a także dr n. ekon. M. Bryle za aktualizację danych liczbowych i korektę tekstu.

Szczególne słowa podziękowania chciałbym przekazać wydawcy, Państwowemu Zakładowi Wydawnictw Lekarskich za życzliwość oraz wyrozumiałość, z jaką spotykałem się przez cały okres pracy nad podręcznikiem.

prof. dr hab. med. *J. Indulski*

SPIS TREŚCI

WSTĘP

1. ORGANIZACJA OCHRONY ZDROWIA – POJĘCIA PODSTAWOWE

W ostatnich latach jesteśmy świadkami zwiększonego zainteresowania problematyką ochrony zdrowia, zarówno z naukowego, jak i praktycznego punktu widzenia. Jest to zjawisko ogólnoświatowe Bez względu na zasadnicze różnice polityki społecznej w różnych krajach ochrona zdrowia stała się podstawowym elementem struktury współczesnych państw, wyodrębnianym w postaci rozgałęzionych systemów organizacyjnych zarządzanych i finansowanych w coraz większym stopniu przez administrację państwową.

Wśród przyczyn wpływających na intensywny wzrost zainteresowania i aktywnego zaangażowania państwa w organizowanie ochrony zdrowia ludności dominujące znaczenie wydają się mieć przede wszystkim:

1) postępujący wzrost poszanowania naturalnych praw człowieka do właściwego rozwoju i jak najdłuższego utrzymania zdrowia, rozumianego jako stan pełnej sprawności fizycznej, umysłowej i społecznej (motyw humanistyczny);

2) postępujący wzrost znaczenia zdrowia jednostki i zbiorowości ludzkich w ekonomii współczesnych państw (motyw ekonomiczny);

3) postępujący wpływ osiągnięć naukowych — zwłaszcza nauk medycznych i społecznych — zarówno na kształtowanie polityki zdrowotnej państwa, jak i na rozwój świadomości społeczeństwa w zakresie jego potrzeb zdrowotnych (motyw naukowy);

4) zwiększająca się presja opinii publicznej na udostępnienie nowoczesnych i powszechnych form opieki zdrowotnej (motyw społeczno-polityczny);

5) postępująca kompleksowość organizacyjna ochrony zdrowia zwiększająca zarówno konieczność zaangażowania znacznych zasobów społecznych (ludzkich i materialnych), jak i potrzebę racjonalnego planowania rozwoju, koordynowania działalności i kontrolowania sprawności systemu ochrony zdrowia przez państwo (motyw organizacyjny).

Jedną ze znamiennych cech współczesności jest bardzo szybki rozwój cywilizacji technicznej, prowadzący do znacznej zmiany zarówno warunków środowiskowych, jak i sposobu życia ludności. Jednocześnie z tymi zmianami narasta problem niektórych chorób przewlekłych (nerwice, choroba nadciśnieniowa, zawał serca, choroba wrzodowa żołądka, choroby pourazowe i inne). W aspekcie zdrowotnym tego zagadnienia ujawnia się swoisty paradoks współczesności: oto równolegle do przedłużania się naszego życia — w miarę postępu cywilizacji technicznej — zagraża nam przedwczesne zużywanie się organizmu, przedwczesne zmniejszanie się jego sprawności. Można by powiedzieć, że jest to cena, jaką musi płacić człowiek współczesny za niedostateczną umiejętność przystosowania się do nowych warunków życia, które sam tworzy i ustawicznie przeobraża.

Czy jednak człowiek współczesny musi płacić taką cenę? Wieloletnie obserwacje wykazują, że nasilenie i dynamika wielu chorób przewlekłych są tym większe, im większa była dysproporcja między tempem wdrażania cywilizacji technicznej a tempem rozeznania i zabezpieczenia nowych potrzeb zdrowotnych człowieka, wynikających ze zmiany warunków życia. Jako przykład mogą służyć tu między innymi potrzeby racjonalnego wypoczynku, umożliwiającego regenerację fizyczną i psychiczną ustroju, wczesnego wykrywania i skutecznego leczenia zaburzeń zdrowia, kontroli jakości wody, powietrza, żywienia, warunków pracy, a nawet życzliwych stosunków międzyludzkich. Nie brak nam pod tym względem licznych już doświadczeń własnych w środowiskach poddanych intensywnej urbanizacji i uprzemysłowieniu.

Praktycznym wnioskiem wypływającym z doświadczeń nad skutkami zakłócenia równowagi między rozwojem cywilizacji technicznej a zabezpieczeniem szeroko pojętych potrzeb zdrowotnych człowieka, jest konieczność rozwoju nowoczesnej ochrony zdrowia, której celem staje się wykorzystanie wszelkiego postępu naukowego,

technicznego i społecznego dla polepszenia stanu zdrowotnego ludności i warunków środowiskowych.

Współczesna koncepcja zdrowia człowieka traktuje je (zdrowie) nie tylko jako brak konkretnych objawów choroby, ale jako stan pełnej sprawności fizycznej, umysłowej i społecznej.

Między poszczególnymi elementami tak pojętego zdrowia istnieje ścisła współzależność. Każde ograniczenie sprawności fizycznej lub umysłowej powoduje zmniejszenie celowej aktywności człowieka a więc i jego sprawności społecznej. Każde z kolei ograniczenie sprawności społecznej człowieka, choćby wskutek braku pracy lub złych stosunków międzyludzkich, odbija się niekorzystnie na jego sprawności fizycznej i umysłowej. Zdrowie człowieka nie jest więc tylko wartością indywidualną, ale i konkretną wartością społeczną.

Współczesna ochrona zdrowia staje się działalnością wielokierunkową. Nie ma w zasadzie dziedziny życia społecznego, która by bezpośrednio lub pośrednio, pozytywnie lub negatywnie nie oddziaływała na zdrowie jednostek lub zbiorowości ludzkich.

Istotnego znaczenia w planowaniu działalności ochrony zdrowia nabiera zarówno prawidłowe rozpoznanie potrzeb zdrowotnych, jak i prawidłowe zorganizowanie wszelkich dostępnych możliwości i środków działania na rzecz zdrowia ludności. Można powiedzieć, że właściwe zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych współczesnego społeczeństwa zależy przede wszystkim od dobrej organizacji ochrony zdrowia. Z tego względu znajomość problematyki organizacji ochrony zdrowia staje się niezbędna dla każdego pracownika zawodów medycznych.

Mówiąc o organizacji ochrony zdrowia należy wyróżnić dwa aspekty tego zagadnienia:

1) organizacja ochrony zdrowia jako dyscyplina naukowa (wiedza teoretyczna);

2) organizacja ochrony zdrowia jako praktyczna działalność na rzecz zdrowia społeczeństwa (wiedza operatywna).

Organizacja ochrony zdrowia jako dyscyplina naukowa obejmuje trzy główne zakresy działania:

1) bada rozwój form organizacyjnych ochrony zdrowia w różnych okresach rozwoju społeczeństwa i rozwoju nauki;

2) bada i interpretuje stan zdrowia społeczeństwa, a zwłaszcza zależność zdrowia ludności od warunków środowiskowych;

3) bada i interpretuje polityczne, prawne, socjalne, kulturowe i organizacyjne warunki konieczne do praktycznego wykorzystania współczesnych zdobyczy naukowych i technicznych dla dobra zdrowia ludności oraz określa optymalne metody i formy organizacyjne zdrowia ludności.

Organizacja ochrony zdrowia w pojęciu operatywnym (jako działalność praktyczna) jest rozumiana jako system czynności, zarządzeń, urządzeń i instytucji, którego celem są:

1) zapobieganie chorobom;

2) przedłużanie życia ludzkiego;

3) poprawa zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego ludności poprzez zorganizowane działanie obejmujące:

a) nadzór nad warunkami środowiskowymi,

b) zwalczanie chorób społecznych,

c) szerzenie oświaty zdrowotnej w celu podniesienia higieny życia,

d) organizowanie opieki medycznej w celu zapobiegania, wczesnego rozpoznawania i leczenia chorób oraz rehabilitacji osób chorych.

Organizacja ochrony zdrowia oznacza system tych wszystkich poczynań, które społeczeństwo dokonuje dla zapobiegania, leczenia i usuwania niepomyślnych następstw chorób, w celu utrzymania zdolności fizycznych, umysłowych i społecznych ludności, przedłużania jego życia, a także zapewnienia prawidłowego rozwoju nowemu pokoleniu.

Jest zrozumiałe, że osiągnięcia naukowe (teoretyczne) są niezbędne dla rozpoznania najlepszych zasad działania, a więc i dla prawidłowego rozwoju organizacji ochrony zdrowia jako działalności praktycznej. Z tego punktu widzenia podział organizacji ochrony zdrowia na wiedzę naukową (teoretyczną) i wiedzę praktyczną (operatywną) ma tylko charakter porządkowy. Dlatego w treści niniejszego podręcznika elementy obu zakresów wiedzy będą podawane nierozdzielnie w celu pełniejszego przedstawienia współczesnej problematyki organizacji ochrony zdrowia.

W poszczególnych rozdziałach tego podręcznika omówimy bardziej szczegółowo zagadnienia zdrowia ludności i warunków zdrowotnych środowiska oraz zakres działania współczesnej ochrony zdrowia i różne systemy organizacyjne, ze szczególnym uwzględnieniem systemu społecznej służby zdrowia w naszym kraju. Przedtem jednak warto poświęcić chwilę uwagi ewolucji historycznej ochrony zdrowia od jej najbardziej prymitywnych form w czasach zamierzchłych do kompleksowych form organizacyjnych w czasach współczesnych.

2. RYS HISTORYCZNY ROZWOJU FORM ORGANIZACYJNYCH OCHRONY ZDROWIA

Treść, formy i zakres ochrony zdrowia ludności zależały i zależą od stanu sił wytwórczych ustroju społecznego, poziomu kultury, nauki i techniki, czyli były i są różne nie tylko w odpowiednich formacjach społeczno-ustrojowych, lecz również na poszczególnych kontynentach i w poszczególnych krajach.

Aby dokładniej zrozumieć zachodzące zmiany roli i form organizacyjnych ochrony zdrowia, należy prześledzić jej historyczną zależność od poszczególnych epok społecznych, a mianowicie: wspólnoty pierwotnej i najwcześniejszych cywilizacji, niewolnictwa, feudalizmu, kapitalizmu oraz socjalizmu.

ORGANIZACJA OCHRONY ZDROWIA W USTROJU WSPÓLNOTY PIERWOTNEJ

W najwcześniejszej formacji społecznej, jaką była wspólnota pierwotna, nie występował jeszcze ani społeczny podział pracy, ani pojęcie odrębnej kategorii ludzi zajmujących się zawodowo ochroną zdrowia. Ratunek w razie choroby lub urazu niósł wówczas każdy każdemu w ramach wzajemnej pomocy. Ponieważ rozwój pomocy leczniczej oparty był na wielowiekowym doświadczeniu, przekazywanym z pokolenia na pokolenie, okres ten nazywamy *okresem medycyny doświadczalnej, czyli empirycznej.*

Z biegiem wieków następował rozpad wspólnoty pierwotnej, pojawiła się własność prywatna, a wraz z nią zawodowe wykorzystywanie wiadomości leczniczych. Od tej pory tworzy się nieliczna grupa ludzi, którzy lepiej znają się na ziołach lub mają większe doświadczenie w udzielaniu pomocy leczniczej. Ludzie ci nie dzielą się już swymi wiadomościami, lecz odwrotnie — zazdrośnie ich strze-

gą, wykorzystując je dla zdobycia wpływów i przewagi materialnej nad plemieniem. Aby wyodrębnić się od reszty członków plemienia, nadają swej wiedzy tajemniczy charakter, łącząc posiadane wiadomości z różnymi rodzajami czarów, magią, zaklęciami, itd. Okres ten nazywamy szamanizmem lub demonizmem, a pierwszych „lekarzy" — czarownikami lub szamanami. Przeżytki tej formy lecznictwa napotyka się jeszcze wśród nielicznych, najbardziej zacofanych kulturalnie plemion Afryki Środkowej lub Ameryki Południowej.

U schyłku ustroju wspólnoty pierwotnej, a więc w okresie początków kształtowania się społeczeństw cywilizowanych świata starożytnego, obok działalności leczniczej jednostek spotyka się także pierwsze zarządzenia o charakterze sanitarno-profilaktycznym, wydawane w postaci nakazów i przykazań religijnych, mających na celu utrzymanie należytego stanu zdrowotnego i sił żywotnych plemienia. Typowym tego przykładem były przepisy sanitarne znane na terenie Egiptu w trzecim tysiącleciu p.n.e., hinduskie prawo Manu, odpowiednie rozdziały babilońskiego kodeksu Hammurabiego z XVII wieku p.n.e. oraz z dekalogu Mojżesza. Zawierały one między innymi przepisy przestrzegania zasad higieny osobistej, życia seksualnego, odżywiania oraz zapobiegania chorobom zakaźnym poprzez izolację chorych (np. leprozoria dla trędowatych), zakopywania odchodów ludzkich, grzebania zwłok, padliny zwierzęcej itp.

OCHRONA ZDROWIA W USTROJU NIEWOLNICZYM

W ustroju niewolniczym, pierwszej antagonistycznej formacji, w której nastąpił podział społeczeństwa na właścicieli niewolników i niewolników, przejęto w zasadzie z poprzedniej epoki zalążki organizacyjne form pomocy i profilaktyki sanitarnej. Okres ten cechowało dalsze ich usprawnienie oraz poważny wkład znanych powszechnie lekarzy świata starożytnego: Grecji, Egiptu, Rzymu, Chin oraz Indii do rozwoju empiryczno-naukowej medycyny.

W ustroju niewolniczym, w odróżnieniu od poprzedniego, ze stałej pomocy lekarskiej korzystali głównie władcy świata starożytnego, ich urzędnicy, elitarne oddziały wojskowe i zamożni właściciele niewolników. Wiązało się to z wysokimi kosztami utrzymania lekarza na dworze i wysokością pobieranych przez nich honorariów (np. w Babilonii prosty rzemieślnik musiał pracować przez 300 dni, aby zarobić na jednorazowe honorarium dla lekarza). Jeśli zaś chorzy udawali się na leczenie do świątyń-lecznic (np. boga Asklepiosa), do lekarzy kapłanów (np. w Grecji i Egipcie), to najpierw musieli składać drogocenne ofiary, na które nie było stać większości wolnego ludu, nie mówiąc już o niewolnikach pozbawionych prawa swobodnego poruszania się w obrębie miasta i kraju.

Podobnie działo się w Rzymie, gdzie patrycjusze tylko wtedy kazali leczyć chorych niewolników swym nadwornym lekarzom, gdy wartość niewolników była tak wysoka, że opłacało się pokrywać koszty leczenia. Ograniczenia lub całkowity brak przepisów i pomocy w zakresie ochrony zdrowia dla niewolników nie wynikały tylko z pobudek natury materialnej, lecz również politycznej. Charakterystyczne było np. w starożytnej Sparcie prawo Likurga, które nakazywało uprawianie sportów panującym Spartanom, a równocześnie zakazywało tego — uciskanym Helotom. Podobnie kasty bramińskie w Indiach obowiązywały przepisy sanitarne, których nie wolno było przestrzegać pariasom. Tak więc w świecie starożytnym podporządkowano ochronę zdrowia interesom klas i narodów panujących.

Jest interesujące, że w Grecji, Egipcie czy Babilonii obok lekarzy kapłanów wykształcał się stopniowo zawód lekarza wolno praktykującego. Nie było to już jednak novum, gdyż np. w Chinach w połowie XII wieku p.n.e. oddzielono czynności kapłańskie od funkcji lekarskich, co w zasadzie zapoczątkowało laicyzację medycyny.

Zawód lekarski zaczął podlegać w ustroju niewolniczym reglamentacji państwowej. Stało się to w następstwie wprowadzenia zasady odpowiedzialności lekarzy za dokonywane zabiegi (kodeks Hammurabiego), obowiązujących lekarzy nakazów moralno-etycznych (przysięga Hipokratesa w V wieku p.n.e.), zakładania i popierania szkół kształcenia lekarzy oraz organizowania pierwowzorów otwartych i zamkniętych placówek publicznej i wojskowej służby zdrowia.

Jeśli chodzi o początki szpitalnictwa, to niezależnie od ograniczeń klasowych były nimi lecznice przy świątyniach lub izby przyjęć w domach lekarzy, stanowiące pierwowzory ambulatoriów.

W Rzymie za czasów Augusta (schyłek I wieku p.n.e.) korporacja lekarska uzyskała formę prawno-polityczną i rozpostarła swe wpływy na podbite kraje. Rzym zaprowadza w nich własną, odrębną strukturę organizacyjną lecznictwa, tj. lekarzy gminnych i prototypy szpitali ogólnych dla ludności cywilnej. Od groźnej epidemii dżumy (II wiek p.n.e.) poczęto w Imperium Rzymskim w większych miastach umieszczać lekarzy ludowych, którzy otrzymywali płace od władz miejskich. Od starożytnego Rzymu datuje się również usprawnienie i rozwój organizacyjny wojskowej służby zdrowia. Do poważnych osiągnięć Rzymu należy zaliczyć zawiązki państwowej organizacji sanitarnej, co wyraziło się między innymi w budowie wielkich akweduktów i kanałów (VI wiek p.n.e.), łaźni w powszechnie stosowanych urządzeniach sanitarno-higienicznych w domach zamożnych patrycjuszów oraz zakazie grzebania lub palenia zwłok w mieście.

Osobną dziedziną — ujętą w formy prawne — była higiena miast: utrzymywanie czystości ulic, zabudowań, kanałów, studni, akweduktów itp., jako środków zapobiegania epidemiom.

OCHRONA ZDROWIA W EPOCE FEUDALNEJ I WCZESNEGO KAPITALIZMU

Podobnie jak w minionych epokach ochrona zdrowia w ustroju feudalnym służyła w zasadzie nielicznej warstwie świeckich i duchownych feudałów, ich oddziałom zbrojnym oraz najzamożniejszemu mieszczaństwu. Natomiast najliczniejsza klasa wytwórców dóbr materialnych, tj. chłopstwo i tzw. pospólstwo miejskie, była jej pozbawiona. Nowa epoka, która kształtowała się stopniowo w ciągu IX—XI wieku na gruncie rozpadu społeczeństw i państwowości niewolniczych lub w wyniku rozkładu wspólnoty pierwotnej (np. kraje słowiańskie), trwała kilka wieków, przechodząc stopniowo od okresu wczesnego i rozwiniętego średniowiecza, poprzez Odrodzenie, do początków kapitalizmu.

Najbardziej typową postacią reprezentującą pracownika służby zdrowia był tzw. medyk dworski. Spotykamy go na dworach cesarzy bizantyjskich i Karola Wielkiego oraz wszystkich późniejszych monarchów. W Polsce o lekarzach nadwornych książąt lub królów posiadamy pierwsze historyczne informacje od połowy XIII wieku. W czasie licznych wojen toczonych w okresie średniowiecza zarówno w polskich, jak i w zagranicznych oddziałach zbrojnych pojawiają się pierwsi balwierze lub chirurdzy, których zadaniem było opatrywanie ran i składanie złamanych kości. Bardziej nowoczesne, stałe formy wojskowej służby zdrowia występują od czasów Odrodzenia. W Polsce będą to reformy z XVI—XVII wieku Zygmunta I, Stefana Batorego, Władysława IV, wprowadzające zawód medyków, cyrulików, aptekarzy armii i floty.

Ważnym etapem dla początków publicznej służby zdrowia było stopniowe wprowadzanie urzędowych, miejskich medyków, którzy mieli sprawować dozór sanitarny w większych miastach i ważniejszych portach, aby zapobiec epidemiom. Pierwsze stanowisko lekarza miejskiego (tzw. fizyka) ustanowiono w roku 1328 w Strasburgu. W okresie Odrodzenia, w miarę rozkwitu nauk lekarskich oraz ingerencji państwa w dziedzinę ochrony zdrowia, utworzono to stanowisko w innych krajach, powołując jednocześnie zwierzchnie urzędy lekarskie. W krajach środkowej i wschodniej Europy zmiany te zaszły w okresie oświeconego absolutyzmu.

W Prusach np. zorganizowano w latach 1715—1798 tzw. Collegium Medicum et Sanitatis w celu prowadzenia naukowych i koordynacyjnych prac w zakresie zagadnień sanitarnych i kontroli wykonywanych praktyk lekarskich. W Rosji po wstępnych reformach Piotra Wielkiego — ustawami o opiece społecznej i lekarskiej z lat 1773—1775 uregulowano sprawę instytucji lekarzy miejskich, powiatowych i gubernialnych oraz szpitalnictwa.

Jeśli chodzi o Polskę, to podejmowane próby w tym zakresie i wysuwane projekty bynajmniej nie ustępowały zagranicznym. W roku 1554 A. Frycz-Modrzewski wskazywał na potrzebę powołania państwowej służby zdrowia, będącej w bezpośredniej gestii króla. W roku 1752 czyniono starania u Augusta III o utworzenie w Warszawie Collegium Medicum Varsoviensis dla ograniczenia szarlatanerii poprzez weryfikację i kontrolę praktyk lekarskich, egzaminowanie lekarzy, cyrulików i akuszerek oraz rewizję aptek.

Uchwała Komisji Sejmowej z roku 1775 zwracała uwagę na konieczność kontroli praktyk i egzaminów lekarskich, kontrolowanie środków spożywczych oraz zwalczanie szarlatanów.

Dalszymi były uchwały i projekty w sprawie „porządku profesji lekarskiej w Warszawie" (1778 r.), ustawy aptecznej ułożonej przez Andrzeja Badurskiego w Krakowie (1778 r.), o nadzorze państwa

nad praktyką lekarską (1784 r.), o zakresie funkcji policji lekarskiej (1791 r.) oraz założenie w Warszawie w roku 1792 nadrzędnej władzy do spraw policji lekarskiej, jaką miało być Collegium Medicum. Niestety, wszystkie te słuszne formy i postępowe zamierzenia nie zostały zrealizowane z powodu upadku państwowości polskiej. Do trwałych osiągnięć należy jednak zaliczyć działalność Komisji Dobrego Porządku (od lat osiemdziesiątych XVIII wieku), której kompetencje pokrywały się z zasadami prac ówczesnej policji lekarskiej i dzięki której nastąpiła poprawa stanu sanitarnego w większych miastach po I rozbiorze.

Występujący w omawianej epoce brak lekarzy w ogóle, a na terenie ziem polskich w szczególności, był następstwem braku ośrodków kształcenia zawodowego. Pierwsze wyższe szkoły lekarskie powstały we Francji (Montpellier, 738 r.) i Włoszech (Salerno, 848 r.). W XII—XIV wieku zaczęły kształcić lekarzy wydziały lekarskie najstarszych uniwersytetów, także we Francji (Montpellier) i Włoszech (Bolonia, Florencja, Padwa, Neapol). W Niemczech słynna była w średniowieczu uczelnia medyczna w Lipsku. Polskimi przedrozbiorowymi ośrodkami kształcenia lekarzy były Akademie Krakowska i Wileńska, które nie mogły niestety wyszkolić odpowiedniej liczby lekarzy. Dlatego w Polsce praktykowali lekarze pochodzenia cudzoziemskiego oraz przeróżni zagraniczni fuszerzy. Próby poprawy sytuacji w zakresie szkolenia kadr podjęła Komisja Edukacji Narodowej przez odnowienie uczelni krakowskiej oraz założenie w roku 1789 w Warszawie Szkoły Chirurgów.

Z pomocą przeznaczoną wyłącznie dla warstw najuboższych, pielgrzymów, starców, kalek i sierot wiążą się początki średniowiecznych szpitali, których charakter był bardziej przytułkowy niż leczniczy. Ten typ szpitali, o różnych nazwach, prowadzonych przez klasztory, miasta, parafie i gminy wyznaniowe przetrwał we wszystkich krajach europejskich do II połowy XVIII wieku lub I połowy wieku XIX (np. Polska). Klasztorne szpitale-przytułki nosiły miana „domów gościnnych" (łac. Hospitalis, grec. Ksenodochia). Do najstarszych dużych szpitali europejskich wczesnego średniowiecza należały założone w roku 651 n.e. Hotel de Dieu (Dom Boży) w Paryżu, szpital arabski w XIII wieku w Kordobie (Hiszpania), szpitale w Lyonie i Londynie (św. Bartłomieja z roku 1123 i św. Tomasza z roku 1215).

W Polsce ślady pierwszych szpitali spotykamy również w połowie XII wieku. Jednym z najdawniejszych szpitali był założony w roku 1152 przez biskupa gnieźnieńskiego Janisława — szpital przy klasztorze Cystersów w Jędrzejowie. Z tego okresu pochodzą szpitale w Zamościu (założony w roku 1166 przez Henryka Mazowieckiego) oraz (powstały w roku 1170 sumptem Mieszka Starego) szpital św. Michała w Poznaniu. Do rozwoju szpitalnictwa w Polsce, podobnie zresztą jak i w innych państwach europejskich, przyczyniły się walnie zakony, które w okresie wypraw krzyżowych (XI—XIII wiek) przyjęły za cel niesienie pomocy chorym i rannym rycerzom oraz pątnikom udającym się do Ziemi Świętej.

Ówczesne szpitale-przytułki były to zazwyczaj ciasne, brudne, przepełnione chorymi pomieszczenia, do których przyjmowano pacjentów bez należytej selekcji, do wspólnych sal. Nic więc dziwnego, że tzw. szpitale "dla ubogiej a cierpiącej ludności" z epoki średniowiecznej i wczesnokapitalistycznej były rozsadnikami groźnych chorób zakaźnych i epidemii oraz że cechowała je bardzo wysoka śmiertelność chorych, dochodząca do 60—70%. Niezależnie od dużych, stałych szpitali, występowały też liczne, małe „szpitale parafialne", zakładane z indywidualnych dotacji. Prowadzone były one najczęściej przez duchowieństwo różnych wyznań, samorządy lub właścicieli miast i wsi.

Ponadto we wszystkich krajach występowały ówcześnie doraźnie tworzone szpitale zakaźne (w małych prywatnych domach lub barakach), gdzie izolowano chorych na trąd, dżumę czy ospę.

W dziejach szpitalnictwa europejskiego obserwujemy także od XVI wieku zakładanie szpitali wojskowych, które następnie przyjęły nazwę lazaretów (nazwa od św. Łazarza).

Niezwykle ważny był proces sekularyzacji szpitali, tj. przejmowania ich majątków i zarządów z rąk kleru w ręce administracji samorządowej i państwowej. Proces ten zapoczątkowano w Anglii w XVI wieku. Prusy i Austria przeprowadziły sekularyzację w I połowie XVIII wieku, Rosja w roku 1775 w wyniku powołania urzędu Opieki Społecznej, Francja w dekretach Wielkiej Rewolucji z lat 1789—1794.

Jeśli chodzi o stosunki polskie, to pierwsze nie zrealizowane próby ingerencji państwa w sprawy zarządu nad szpitalami datują się od XVI wieku, a następne z roku 1768 i 1775. Wówczas wydano tzw.

Konstytucję Szpitalną, która przewidywała między innymi ustanowienie „Komisji nad szpitalami" dla Korony i Litwy, utworzenie w każdym województwie „szpitala generalnego" i szczepienia w nich ospy, otwieranie przy tychże szpitalach szkół dla felczerów i akuszerek oraz tworzenie z personelu danych szpitali pierwszej państwowej służby zdrowia na terenach odpowiednich województw i powiatów. Szczególnie miało to obowiązywać w okresach epidemii. Postulat stworzenia sieci szpitali w miastach powiatowych i wojewódzkich został zrealizowany na ziemiach polskich dopiero w XIX wieku. Wiąże się to już z działalnością Rady Ogólnej Lekarskiej w dobie Księstwa Warszawskiego i Królestwa Polskiego.

W szpitalach epoki feudalnej i wczesnokapitalistycznej nie pracowali stali płatni lekarze. Na ślady pierwszego stałego lekarza „na pensji" trafiamy w Warszawie w Szpitalu Dzieciątka Jezus dopiero w roku 1804. W szpitalach leczyli zazwyczaj cyrulicy i felczerzy. Posługę wobec chorych spełniały osoby całkowicie nie przygotowane do tej funkcji, częstokroć element przypadkowy, osoby chore, ułomne, włóczędzy, a nawet przestępcy. Na przełomie XVIII i XIX wieku pojawia się zakonna służba dla chorych, która nie obejmowała jednak szpitali, gdzie leczono chorych na choroby weneryczne. Instytucje ambulatoriów przyszpitalnych nie były znane.

Również sposoby zapobiegania chorobom były bardzo znamienne w ówczesnej epoce. Początkowo zagadnienia sanitarne odgrywały nikłą rolę w państwach feudalnych. Ze względu jednak na bardzo złe warunki sanitarne pomieszczeń ludzkich i osiedli oraz brak znajomości elementarnych zasad higieny osobistej wybuchały raz po raz groźne epidemie. W okresie wypraw krzyżowych i rozwiniętego handlu zarządzono pierwsze obserwacje morskich i lądowych szlaków (Wenecja, Genua, Sycylia, Bizancjum — XII i XIII wiek), pierwsze kontrole artykułów żywnościowych (Paryż, 1351 r.) i ustanowiono 40-dniowe ochronne kwarantanny (Wenecja, 1348 r.; Genua, 1467 r.; Marsylia, 1526 r.) dla zapobiegania dżumie, żółtej febrze, czarnej ospie — określanym najczęściej wspólnym terminem „zarazy". Równocześnie królowie i książęta zarządzali tworzenie wojskowych kordonów granicznych, palenie ognisk, strzelanie z armat, stawianie szubienic na granicach państw i rogatkach miast „dla odstraszenia epidemii".

W Polsce od XIII wieku słusznie zwracano uwagę na należyty stan bruków i jakość wody studziennej (Kraków, Poznań), a uchwały rad miejskich (tzw. wilkierze) regulowały ze względów sanitarnych sposoby oczyszczania ulic, kanałów i kloak w mieście, warunki sprzedaży żywności, charakter i okres kwarantanny itp. Od XV wieku ogłaszano w Polsce specjalne zarządzenie królewskie dotyczące higieny; w Krakowie ustanowieni zostali pierwsi urzędnicy sanitarni.

W okresie Odrodzenia pojawiają się prace medyczne, traktujące o przyczynach powstawania i szerzenia się epidemii (np. w połowie XVI wieku Hieronima Fracastoro „De contagione"). Warto nadmienić, że w czasie wojen XVII i pierwszej połowy XVIII wieku (między innymi wojna 30-letnia w Niemczech, w Polsce okres szwedzkiego „potopu" ,oraz wojna północna) epidemie czyniły większe spustoszenia wśród ludności aniżeli stoczone bitwy.

Bardziej racjonalne środki do walki z epidemiami — największą plagą epoki feudalnej — podjęto w zmienionych już warunkach społeczno-politycznych u schyłku XVIII wieku. Wiązało się to z koniecznością ochrony handlu, rzemiosła i przemysłu przed rujnującymi następstwami epidemii. Nakazywano brukowanie ulic, oczyszczanie studzien, kanałów i kloak, jak również zakazywano wylewania nieczystości na ulice.

Bezpieczną i skuteczną metodę szczepienia ospy za pomocą krowianki zastosował Jenner w Anglii w roku 1796. Obowiązkowe szczepienia przeciw ospie metodą Jennera przyjęły się w Europie i na innych kontynentach w XIX i XX wieku.

OCHRONA ZDROWIA W OKRESIE KAPITALIZMU I IMPERIALIZMU

Z rozwojem kapitalizmu, który następnie (od drugiej połowy XIX wieku) przeradza się w imperializm, obserwujemy wiele zasadniczych zmian w dziedzinie ochrony zdrowia. Uwarunkowane one zostały koniecznością tworzenia bardziej dogodnych warunków dla sprawnego i rentownego rozwoju przemysłu, handlu, miast, komunikacji oraz zabezpieczenia zdrowia i interesów warstw posiadających.

Dla osiągnięcia powyższych celów burżuazja i jej aparat administracyjny zajęły się poprawą stanu sanitarnego miast, reorganiza-

cją służby zdrowia, zakładaniem instytucji pomocy lekarskiej i filantropijnych. Niezależnie od przejawów wąskiej, klasowej działalności warstw posiadających wobec palących potrzeb społeczno-zdrowotnych rozwinęły się żywiołowo nauki przyrodniczo-lekarskie, które u schyłku XIX wieku dokonały prawdziwej rewolucji we wszystkich dziedzinach wiedzy medycznej.

Oprócz inteligencji twórczej olbrzymią rolę w dokonujących się zmianach odegrała również nowa klasa społeczna-robotnicza, która pracując w niesłychanie ciężkich i szkodliwych dla zdrowia warunkach (opisanych między innymi w pracy Engelsa „O położeniu klasy robotniczej w Anglii" oraz w „Kapitale" Marksa), początkowo w sposób żywiołowy, a następnie opierając się na zorganizowanym, politycznym ruchu robotniczym wywalczyła ustępstwa od fabrykantów w zakresie długości dnia roboczego, ochrony pracy i zdrowia, tudzież świadczeń lekarskich w razie choroby. Dzięki tej walce ukazało się w ciągu XIX i XX wieku wiele norm prawnych regulujących długość dnia roboczego, zasady bezpieczeństwa i higieny pracy, ochronę pracy kobiet i dzieci. Wprowadzono także instytucję inspektorów pracy, powołano lekarzy, otworzono ambulatoria i szpitale fabryczne oraz rozpoczęto systematyczne badania nad przyczynami chorób zawodowych, co dało początek nowej gałęzi wiedzy — medycynie pracy.

Z ogólnymi zmianami w dziedzinie ochrony zdrowia wykształciły się również specyficzne cechy kapitalistycznej służby zdrowia, do których można między innymi zaliczyć:

a) rozbudowę prywatnej praktyki lekarskiej i komercjalny stosunek lekarza do pacjenta;

b) słabość społecznych form ochrony zdrowia (niedostatek liczby lekarzy w służbie miejskiej, państwowej, przemyśle; brak funduszów na rozwój ambulatoriów i szpitali fabrycznych, budowę urządzeń sanitarnych w miastach itp.);

c) oderwanie lecznictwa od profilaktyki;

d) zwyrodnienie teorii ochrony zdrowia w okresie imperializmu, co w skrajnej postaci przejawiło się w niesłychanym zacofaniu sanitarnym i braku dostatecznej pomocy lekarskiej w krajach kolonialnych, a w czasie II wojny światowej w ludobójczych praktykach hitlerowskiej służby zdrowia na terenie obozów koncentracyjnych i gett, jak również faktycznym pozbawieniu pomocy lekarskiej narodów podbitych.

Podstawową formą ochrony zdrowia w ustroju kapitalistycznym stała się wolna praktyka lekarska, a typowym przedstawicielem ówczesnej służby zdrowia — lekarz wolno praktykujący. Było to zgodne z ogłoszoną burżuazyjną zasadą liberalizmu w ogóle, a „wolnej konkurencji" w każdym zawodzie w szczególności.

System ten doprowadził do skrajnego, niezgodnego z etyką lekarską merkantylizmu w zawodzie lekarskim. Sytuacja była tym tragiczniejsza, że liczba lekarzy w stosunku do liczby mieszkańców była katastrofalnie niska. Na przykład w Królestwie Polskim do początku XIX wieku (w latach 1827—1828) spośród ogólnej liczby 169 lekarzy (z dyplomami) — w Warszawie praktykowało 63.

Ludność stolicy wynosiła wówczas około 150 000 mieszkańców, a Królestwa Polskiego ponad 4 miliony. Jeden lekarz przypadał więc w kraju na około 25 000 mieszkańców. Tak zwana prowincja — małe miasta i wsie — była prawie całkowicie pozbawiona lekarzy. Brak lekarzy dawał się odczuwać na początku ubiegłego stulecia również i w innych krajach. Stąd we Francji w okresie wojen napoleońskich, aby zaradzić panoszeniu się szarlatanów, powołano szkoły medyczne (Ecoles de Sante), w których kształcili się medycy niższych stopni dla armii. Również i w Polsce od czasów Księstwa Warszawskiego starano się poprawić istniejący stan rzeczy, zakładając w Warszawie w roku 1809 pierwszą Akademię Lekarską, która w roku 1817 weszła w skład Uniwersytetu Warszawskiego jako niezależny Wydział Lekarski. Niestety w roku 1831 zamknięto Uniwersytet Warszawski, co zlikwidowało możliwość kształcenia kadr lekarskich w kraju. Na wyższą uczelnię medyczną musiano czekać do roku 1857, tj. do utworzenia w Królestwie Polskim w Warszawie Akademii Lekarskiej, mającej kształcić lekarzy wojskowych i cywilnej służby zdrowia. W latach 1862—1869 przemianowano Akademię na Wydział Lekarski Szkoły Głównej w Warszawie. Po zamknięciu Szkoły Głównej w roku 1869 młodzież polska do roku 1918 kształciła się w zawodzie lekarza tylko na uniwersytetach rosyjskich, niemieckich, austriackich lub autonomicznych uniwersytetach polskich w Krakowie i Lwowie.

W okresie 20-lecia międzywojennego — mimo istnienia 5 wydziałów lekarskich na uniwersytetach w Warszawie, Poznaniu, Krakowie, Lwowie i Wilnie — wbrew głoszonym teoriom o zbyt dużej liczbie lekarzy i spadku praktyki, faktycznie kraj nie był nasycony w dostatecznym stopniu kadrą lekarską, a honoraria nadal były zbyt wygórowane. W rezultacie — jak wspomina M. Kacprzak — masy nie ubezpieczonych chłopów, w szczególności małorolnych i sezonowych wyrobników, nie mogąc opłacić wysokich honorariów ani kupować drogich leków w prywatnych aptekach, były pozbawione ratunku w przypadku choroby. W tych warunkach, jako reakcja na lansowane teorie i metody merkantylizmu lekarskiego na początku XX wieku, wykształcił się typ lekarza z powołania — lekarza społecznika, lekarza proletariatu miejskiego i wiejskiego, który niósł bezinteresownie pomoc leczniczą, a często i pomoc materialną swym najuboższym pacjentom.

Oprócz lekarzy wolno praktykujących i lekarzy społeczników pojawiła się w Polsce na przełomie XVIII i XIX wieku nowa stała kategoria tzw. lekarzy urzędowych. Najwcześniej pod nazwą fizyków miejskich i powiatowych występują oni na terenie zaboru austriackiego (od roku 1772) i zaboru pruskiego (po roku 1792 i 1875). Od roku 1807 władze Księstwa Warszawskiego opierając się na wzorach francuskich i pruskich oraz polskich projektach przedrozbiorowych zorganizowały sieć urzędowej służby zdrowia. Wiązało się to z powołaniem lekarzy miejskich, powiatowych i wojewódzkich podległych bezpośrednio Radzie Ogólnej Lekarskiej, stanowiącej do roku 1867 zwierzchni organ dla spraw związanych z administracją sanitarną, egzaminami i kontrolą zawodu lekarskiego, tudzież całokształtem zagadnień naukowo-lekarskich. Do czynności lekarzy urzędowych należało także przestrzeganie ustawodawstwa sanitarnego, bezpłatne leczenie biedoty oraz wypisywanie im recept na bezpłatne leki.

Nowe, a zarazem odrębne dla XIX wieku zagadnienie przemysłowej ochrony zdrowia i fabrycznej służby lekarskiej wiąże się bądź z protekcyjną polityką rządu (np. wprowadzenie dla członków korpusu górniczego w Królestwie Polskim w roku 1817 otwartej i zamkniętej pomocy lekarskiej oraz zapewnienie świadczeń materialnych w przypadku choroby górnikom, hutnikom i ich rodzinom), bądź ze stopniowo wywalczanymi zdobyczami ruchu robotniczego.

Chodziło w tym przypadku o ograniczenie wyzysku robotnika i ratowanie jego zdrowia przez zmniejszenie długości dnia roboczego z 17—16 godzin na dobę (przełom XVIII i XIX wieku) do 8 godzin dla dzieci, 10 dla kobiet, 12 godzin dla mężczyzn, co ostatecznie zagwarantowano w ustawodawstwie robotniczym XIX wieku. Pod presją opinii publicznej, walk strajkowych robotników oraz działalności inspektorów i lekarzy fabrycznych nastąpił w XIX wieku zakaz pracy dzieci na nocnej zmianie, zakaz zatrudniania dzieci poniżej lat 5, jak również zakaz pracy kobiet pod ziemią. W ustawodawstwie fabrycznym w Anglii przepisy te znalazły swój wyraz w latach 1802—1848. Pierwszą inspekcję fabryczną założono w Anglii w 1833 roku. Instytucja inspektorów fabrycznych rozprzestrzeniła się w ciągu XIX wieku we wszystkich uprzemysłowionych krajach Europy. Na ziemiach polskich pod zaborem rosyjskim wprowadzono ją dopiero w latach 1885—1892, łącznie z instytucją lekarzy fabrycznych.

Najpóźniej objęła robotników ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby i nieszczęśliwych wypadków. W latach 1883—1884 zaprowadzono ją po raz pierwszy w Niemczech.

Dalszymi etapami było ustanowienie jej w Austrii, Anglii i Francji. W Rosji i Królestwie Polskim nastąpiło to dopiero w roku 1912. W krajach kapitalistycznych między I i II wojną światową sprawami ubezpieczeń chorobowych i świadczeń lekarskich zajmowały się kasy chorych i ubezpieczalnie społeczne. Należy pamiętać, że 8-godzinny dzień pracy dla pracowników fizycznych został przyjęty dopiero konwencją wersalską w roku 1918.

Bezpłatną doraźną pomoc dla robotników miały nieść również w XIX i XX wieku ambulatoria fabryczne i przyszpitalne. Pomoc dla robotnic ciężarnych w formie porady akuszeryjnej, płatnego urlopu, zakładania żłobków przyfabrycznych datuje się w Niemczech od lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku, a w Królestwie Polskim po roku 1905.

Odrębną formę pomocy lekarskiej (lekarze rejonowi i szpitale), przeznaczoną wyłącznie dla ludności wiejskiej, spotykamy w Rosji po ustawie uwłaszczeniowej z roku 1864. Nosiła ona nazwę tzw. medycyny ziemskiej, która według zgodnych opinii nie spełniła pokładanych nadziei.

Dużym osiągnięciem w dziedzinie udostępnienia bezpłatnej doraźnej pomocy lekarskiej było zorganizowanie pogotowia ratunkowego. Zaczątki tej instytucji sięgają roku 1769, kiedy to w Hamburgu zorganizowano pierwsze nocne punkty ratownicze. Właściwa pomoc doraźna została jednak zorganizowana dopiero w roku 1883 w Wiedniu, po wielkim pożarze w Ringtheater (1881), gdzie spłonęło około 1000 osób. Wówczas to powstała myśl stworzenia ochotniczego pogotowia ratunkowego, które stało się wzorem dla innych miast Europy.

Rozwój prywatnej, publicznej i fabrycznej służby zdrowia spowodował, iż w XIX i XX wieku dla kontroli wykonywanej praktyki, dozoru sanitarnego oraz pewnej koordynacji prac w okresach epidemii powołano zwierzchnie urzędy do spraw zdrowia. Początkowo były nimi kolegia medyczno-sanitarne (np. Prusy) lub Urząd Lekarski Opieki Społecznej w Rosji.

W roku 1802 ustanowiono we Francji Generalną Radę Zdrowia, która stała się zalążkiem nowocześnie pojmowanego Ministerstwa Zdrowia. Odpowiednikiem wspomnianej instytucji francuskiej była na terenie Królestwa Polskiego Rada Ogólna Lekarska przy Komisji Rządowej Spraw Wewnętrznych oraz Rada Główna Lekarska w Anglii założona w roku 1858. Na przełomie XIX i XX wieku sprawami zdrowia zajmowały się bądź departamenty przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, bądź ustanowione w tym czasie ministerstwa zdrowia lub opieki społecznej.

Po II wojnie światowej obserwujemy w niektórych krajach kapitalistycznych znaczne tendencje reformistyczne, mające na celu stworzenie bardziej dostępnych i powszechnych zasad korzystania ze świadczeń lekarskich dla osób ubezpieczonych.

W okresie kapitalizmu nastąpił rozwój i zmiany jakościowe lecznictwa zamkniętego. W zasadzie od tego okresu datuje się początek działalności szpitali jako instytucji o charakterze wyłącznie leczniczym. Zmianom tym towarzyszyło wiele okoliczności, które wiązały się z istniejącą sytuacją społeczną, gospodarczą i sanitarną w odpowiednich krajach, jak i postępowymi zmianami rządowymi oraz osiągnięciami w dziedzinie nauk lekarskich i lecznictwa klinicznego.

Początki zmian wiążą się ze wspomnianą już sekularyzacją szpitali, stopniową likwidacją istniejących przy nich przytułków dla sierot, starców i kalek (np. w Królestwie Polskim proces ten został zakończony w latach sześćdziesiątych XIX wieku), reformami i rozwojem lecznictwa zamkniętego specjalistycznego (np. tworzenie nowoczesnych pawilonowych szpitali zakaźnych, zakładanie klinik dziecięcych, położniczych itp.) oraz z tworzeniem zróżnicowanej sieci szpitali. Stanowiły ją szpitale państwowe, samorządowe, instytucje filantropijnych gmin wyznaniowych oraz prywatne (w tym i fabryczne).

Na ziemiach polskich w I połowie XIX wieku istniały następujące zasadnicze kategorie szpitali: centralne ogólne i specjalistyczne w Warszawie, prowincjonalne ogólne, gubernialne, powiatowe i miejskie, wyznaniowe, górnicze, wojskowe (czyli tzw. lazarety) oraz doraźnie tworzone szpitale zakaźne.

Wszystkie szpitale zakładane były głównie dzięki funduszom społecznym, które zasilano dotacjami państwowymi lub miejskimi. W drugiej połowie XIX wieku pojawiają się na ziemiach polskich szpitale fabryczne (ukaz carski o konieczności zakładania szpitali fabrycznych w stosunku 1 łóżko na 100 robotników istniał od roku 1805).

W okresie 20-lecia międzywojennego pojawił się nowy typ szpitali, a mianowicie szpitale kas chorych i ubezpieczalni społecznych.

Ogólną cechą szpitali z danej epoki była niedostateczna liczba łóżek w stosunku do liczby ludności oraz brak stałych, odpowiednio wysokich funduszów państwowych i społecznych na ich utrzymanie. Z brakiem funduszów wiązało się też zjawisko deficytów budżetowych (pokrywanych najczęściej ze zbiórek ulicznych), głodowych posiłków dla chorych i zbyt niskich form wydatków na leki (istniała specjalna „Farmakopea dla pauprów" oraz podział pomieszczeń szpitali na trzy klasy, gdzie w zależności od wysokości opłaty pacjent mógł liczyć na lepsze lub gorsze warunki pobytu i opieki).

Warunki leczenia tzw. pacjentów abonamentowych w XIX wieku (np. górników, hutników, robotników, rzemieślników, służących, którzy wnosili stałą składkę szpitalną na wypadek choroby lub byli objęci w XX wieku systemem ubezpieczeniowym) były tak złe, że tylko w ostateczności chorzy udawali się na leczenie szpitalne. Śmiertelność w szpitalach przeznaczonych dla tzw. niższej klasy lud-

ności była zastraszająco wysoka i wynosiła w szpitalach Królestwa Polskiego, Moskwy i Petersburga 12—22% w latach 1800—1917.

Przełomem w dziedzinie opieki nad chorymi stały się wypadki wojny krymskiej (1853—1856), kiedy to Florence Nightingale — angielska działaczka społeczna — widząc całkowity brak opieki nad chorymi i rannymi żołnierzami, założyła w roku 1860 w Londynie pierwszą świecką szkołę pielęgniarek.

Należy zwrócić uwagę, że państwa kapitalistyczne nie organizowały w swych koloniach odpowiednio rozwiniętych sieci szpitali dla pracującej ludności tubylczej. Tworzono je natomiast w większych miastach i portach, głównie dla ludności białej. W ustanowieniu pomocy szpitalnej w krajach kolonialnych odegrały bardziej pozytywną rolę misje wyznaniowe. Podobne zjawisko ograniczeń i zwyrodniałych pojęć w dziedzinie lecznictwa szpitalnego napotykamy w okresie II wojny światowej, kiedy to hitlerowcy ustanowili ich podział dla narodu panów — tj. niemieckiego i narodów podbitych — niewolniczych. Dla tych narodowości liczba szpitali była ograniczona do minimum, a istniejące były pozbawione środków finansowych, fachowego personelu i podstawowych leków.

W ciągu XIX i XX wieku stosunkowo nieźle została zorganizowana w krajach kapitalistycznych służba sanitarno-epidemiologiczna. Marks i Engels wielokrotnie podkreślali w swych pracach przyczynę tego stanu rzeczy, która między innymi sprowadzała się do obawy warstw posiadających przed chorobami zakaźnymi. Endemicznymi ogniskami durów, czerwonki, cholery, ospy, kiły, błonicy i płonicy były słynne slumsy angielskich miast przemysłowych, dzielnice kolorowej ludności w miastach krajów europejskich, czy też zacieśnione, antysanitarne rewiry dla ludności żydowskiej, m.in. w miastach Królestwa Polskiego w latach 1822—1862.

Z biegiem lat koordynacją prac i wymianą poglądów na temat profilaktyki chorób zakaźnych, służby sanitarno-epidemiologicznej, obowiązkowości i powszechności szczepień ochronnych zajęły się niezależnie od odpowiednich władz i urzędów lekarskich w poszczególnych krajach pierwsze kongresy i instytucje o charakterze międzynarodowym. Pierwszy Międzynarodowy Kongres Higieny odbył się w roku 1851 w Brukseli. W roku 1864 podpisano w Genewie Konwencję Czerwonego Krzyża w sprawie pomocy dla rannych, a w roku 1892 pierwszą Międzynarodową Konwencję Sanitarną. W roku

1897 utworzono Międzynarodowe Biuro Higieny Społecznej, które organizowało co kilka lat konferencje poświęcone aktualnym problemom sanitarnym oraz higienie i bezpieczeństwu pracy w krajach wszystkich kontynentów. Od roku 1948 do chwili obecnej pracami w tej dziedzinie zajmuje się Światowa Organizacja Zdrowia przy Organizacji Narodów Zjednoczonych.

OCHRONA ZDROWIA W USTROJU SOCJALISTYCZNYM

Po obaleniu w roku 1917 ustroju kapitalistycznego w Rosji zaistniały na jej terenie warunki, pozwalające wcielić w życie socjalistyczne zasady wszechstronnej troski o stan zdrowia mas pracujących i stworzyć nowe zręby organizacji ochrony zdrowia.

Inicjatorom i założycielom socjalistycznej ochrony zdrowia — z N.A. Siemaszko i M.J. Borsukowem na czele — nie były obce historyczne tradycje w tej mierze, wywodzące się od czasów Komuny Paryskiej z roku 1871, kiedy po raz pierwszy wysunięto zasadę powszechności i bezpłatności wszelkich świadczeń lekarskich dla ludności, jak również doświadczenia w organizowaniu pomocy rannym i chorym robotnikom oraz żołnierzom w rewolucjach w latach 1905—1907 i 1917 roku.

Od pierwszych dni objęcia rządów w kraju przez władzę radziecką ukazują się ważne dekrety w dziedzinie ochrony zdrowia. Należały do nich: dekret o powszechnym ubezpieczeniu społecznym (październik 1917 r.), dekret o opiece nad matką i dzieckiem (grudzień 1917 r.) oraz dekret o organizacji zarządu wojskowo-sanitarnego (grudzień 1917 r.).

W lipcu 1918 roku dekretem Lenina utworzono Ludowy Komisariat Ochrony Zdrowia, a w programie partii z tegoż roku wysunięto główne pierwszoplanowe zadania, które miała podjąć i zrealizować radziecka ochrona zdrowia.

a) podjęcie szerokiej akcji sanitarnej dla dobra mas pracujących przez uzdrowienie miast, osiedli i wsi, ochronę gleby, wody i powietrza przed zanieczyszczeniem, oparcie zbiorowego żywienia na zasadach higieniczno-naukowych, zorganizowanie akcji przeciwepidemiologicznej (szczególnie przeciw durowi plamistemu, brzusznemu i cholerze), opracowanie ogólnopaństwowych prac sanitarnych;

b) walka z chorobami społecznymi (gruźlica, choroby weneryczne, alkoholizm);

c) zapewnienie powszechnej, bezpłatnej pomocy lekarskiej i zaopatrzenie w leki ludności miast i wsi.

Wobec przyjęcia zasady jednolitego, państwowego zarządu w dziedzinie ochrony zdrowia nastąpiła w roku 1918 nacjonalizacja wszystkich szpitali, wytwórni farmaceutycznych i aptek.

W roku 1919 zapoczątkowano planową organizację pomocy sanatoryjnej i uzdrowiskowej. Sanatoria i uzdrowiska zostały unarodowione, a dawne ekskluzywne pałace i kliniki Krymu i Kaukazu oddano do leczenia i wypoczynku robotnikom, chłopom i inteligencji. W tym czasie utworzono terenowe wydziały medyczno-sanitarne przy radach delegatów oraz zjednywano inteligencję do współpracy w socjalistycznym aparacie służby zdrowia.

W roku 1920 powołano Instytut Ochrony Zdrowia Publicznego. W latach 1921—1925 rozwinęła się wielostronna i intensywna praca nad rozwojem sieci placówek służby zdrowia w mieście i na wsi. Powstały wówczas — nie znane dotąd — pierwsze przychodnie ogólne i poradnie specjalistyczne.

W roku 1922 utworzono na wyższych uczelniach katedry higieny społecznej, które z biegiem lat przemianowano na katedry organizacji ochrony zdrowia. W roku 1938 wydziały lekarskie odpowiednich uniwersytetów wyodrębniły się w instytuty medyczne. W roku 1950 powołano nowy, niezwykle ważny urząd — Państwową Inspekcję Sanitarną.

Dokonane przemiany w dziedzinie ochrony zdrowia znalazły swój wyraz w Konstytucji ZSRR z roku 1936, w której zagwarantowano ludziom pracy prawo do wypoczynku, różnorodnych świadczeń lekarskich, rent, ochrony pracy, zdrowia kobiet itd.

Radziecka służba zdrowia w pełni zdała egzamin w trudnych latach wojny ojczyźnianej (1941—1945). Na miejsce Ludowego Komisariatu Zdrowia powołano wówczas Ministerstwo Ochrony Zdrowia.

W następstwie zmiany światowych stosunków politycznych, społecznych i ekonomicznych po II wojnie światowej system ochrony zdrowia, opracowany i zweryfikowany w ciągu wielu lat praktycznej działalności w Związku Radzieckim, został wprowadzony sukcesywnie także w innych krajach systemu socjalistycznego, między innymi w Polsce.

Bezpłatna, powszechnie dostępna opieka zdrowotna i społeczna, świadczona przez państwo każdemu obywatelowi według jego potrzeb, jest obecnie prawem wszystkich Polaków, zagwarantowanym Konstytucją Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej.

Do powszechności tego obywatelskiego prawa zbliżaliśmy się etapami, w miarę wzrastania realnych możliwości społecznej służby zdrowia, obejmując coraz szerszym zakresem bezpłatnych świadczeń zdrowotnych kolejne grupy ludności kraju.

W latach międzywojennych jedynie 15% ogółu ludności w Polsce było uprawnione do częściowej lub całkowicie bezpłatnej opieki zdrowotnej z tytułu ubezpieczeń społecznych, 80% świadczeń w otwartej opiece zdrowotnej udzielali lekarze wolno praktykujący.

W pierwszym dziesięcioleciu Polski Ludowej (1945—1954) już od pierwszych miesięcy po wyzwoleniu prawo do bezpłatnego leczenia w razie choroby uzyskali z tytułu stosunku pracy wszyscy pracownicy państwowi i ich rodziny. Obowiązek ubezpieczenia poszczególnych grup pracowniczych ustalał Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Następnie uprawnienia do bezpłatnego leczenia rozszerzono na emerytów, chorych na podlegające przymusowej hospitalizacji choroby społeczne i zakaźne. Prawo do bezpłatnej opieki zdrowotnej otrzymały także wszystkie niemowlęta do 1 roku życia, bez względu na stan ubezpieczenia rodziców oraz wszystkie kobiety w związku z ciążą, porodem i połogiem. Wszystkie dzieci do lat 14 zwolnione zostały z odpłatności części świadczeń poradni dziecięcych i innych zakładów opieki otwartej (badania diagnostyczne, wizyty lekarskie u obłożnie chorych, wizyty patronażowe i pielęgniarskie). Wprowadzono także bezpłatne, okresowe badania lekarskie i świadczenia w gabinetach dentystycznych dla dzieci uczęszczających do przedszkoli oraz szkół wszystkich typów. Bezpłatne świadczenia obejmowały szczepienia ochronne, przeprowadzane powszechnie wśród ludności w określonych przedziałach wieku.

W latach 1955—1970 nastąpiło dalsze rozszerzenie bezpłatnych świadczeń zdrowotnych na nowe grupy ludności. Uprawnieniami takimi obejmowano kolejno niewidomych (1957), uczestników ochot-

niczych hufców pracy (1958), określone grupy obywateli ze względu na szczególne wskazania społeczne lub zdrowotne (1962), członków ZBoWiD i dziennikarzy (1963), adwokatów (1964), rzemieślników, studentów oraz pracowników związanych z gospodarką uspołecznioną na podstawie umów agencyjnych i umów zleceń (1965), osoby objęte pomocą społeczną (1966), uczniów szkół medycznych (1968), terenowych opiekunów społecznych (1969), członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych (1970).

Korzystający ze świadczeń służby zdrowia rolnicy indywidualni i ich rodziny uzyskali uprawnienia do zniżek w opłatach. Były one zależne od przychodowości gospodarstwa — tym niższe opłaty, im mniejsze gospodarstwo. Część świadczeń zdrowotnych, zwłaszcza związanych z ochroną macierzyństwa i zdrowia małego dziecka, była całkowicie bezpłatna.

Odrębne przepisy zapewniły pełną opiekę zdrowotną obywatelom odbywającym służbę wojskową, zawodowym pracownikom Wojska Polskiego, emerytom, rencistom wojskowym i ich rodzinom oraz pracownikom resortu spraw wewnętrznych.

W roku 1972 przyznano prawo do pełnej i całkowicie bezpłatnej opieki zdrowotnej ostatniej wielkiej grupie ludności, liczącej 6,5 mln osób — wszystkim rolnikom indywidualnym oraz ich rodzinom.

Pomoc społeczna w naszym kraju, ściśle związana z opieką zdrowotną, obejmuje powszechny system świadczeń materialnych i opiekuńczych udzielanych przez państwo wszystkim obywatelom, którzy nie są zdolni zaspokajać swoich potrzeb, głównie w wyniku niezdolności do pracy.

Jednakowe prawo ma do niej każdy, kto z przyczyn obiektywnych znajduje się w trudnej sytuacji życiowej.

Ustawa Sejmowa z 2 grudnia 1982 roku o zaopatrzeniu emerytalnym oraz innych świadczeniach dla rolników indywidualnych i ich rodzin kończy stopniowo postępujący proces wyrównywania uprawnień mieszkańców miast i wsi naszego kraju w zakresie opieki zdrowotnej i społecznej.

Obecnie ponad 99% Polaków korzysta z powszechnych, jednolitych i bezpłatnych świadczeń profilaktyczno-leczniczych i rehabilitacyjnych. Obywatelom PRL przysługuje bezpłatna opieka ambulatoryjna (podstawowa i specjalistyczna) i stacjonarna, udzielana we

wszystkich rodzajach szpitali, klinikach akademii medycznych, medycznych instytutach naukowo-badawczych, izbach porodowych, sanatoriach rehabilitacyjnych. Obejmuje ona wszystkie świadczenia na rzecz chorego i położnicy.

Obywatele pokrywają jedynie w wysokości 30% koszt leków nabywanych w aptekach otwartych, przy czym emeryci i renciści, chorzy na choroby społeczne i choroby zakaźne, podlegające przymusowemu leczeniu, otrzymują leki bezpłatne. Również bezpłatnie przydziela się im zaopatrzenie ortopedyczne, protetyczne, optyczne i inne.

Szczegółowe omówienie zasad organizacyjnych socjalistycznego systemu ochrony zdrowia przedstawiamy w rozdziałach poświęconych systemom organizacyjnym ochrony zdrowia w świecie współczesnym i organizacji ochrony zdrowia w naszym kraju.

Rozdział I

ZAKRES DZIAŁANIA WSPÓŁCZESNEJ OCHRONY ZDROWIA*

Podkreślaliśmy już wielokrotnie, że rozwój organizacji ochrony zdrowia jako praktycznej działalności na rzecz zdrowia społeczeństwa jest zależny od warunków politycznych, ekonomicznych, kulturowych i organizacyjnych — a więc od warunków społecznych, w których osiągnięcia naukowe i techniczne mogą być wykorzystane dla dobra zdrowia ludności.

Te dwie grupy czynników — postęp naukowy i techniczny oraz warunki społeczne — determinują zarówno zakres działania, jak i kierunki rozwoju organizacyjnego współczesnej ochrony zdrowia.

1. WPŁYW POSTĘPU NAUKOWEGO NA ZAKRES DZIAŁANIA OCHRONY ZDROWIA

Postęp nauki w ogóle — a postęp nauk medycznych w szczególności — odzwierciedla się w praktycznej działalności ochrony zdrowia przede wszystkim w postaci:

a) coraz lepszego rozpoznawania stanów zdrowia i choroby w społeczeństwie oraz ich genetycznego i środowiskowego uwarunkowania;

b) zwiększającej się skuteczności działania profilaktycznego, leczniczego i rehabilitacyjnego.

W świetle współczesnych możliwości poznawczych nauk medycznych jesteśmy w stanie określić dwie główne tendencje charakteryzujące współczesne kierunki rozwoju zakresu działania ochrony zdrowia:

* Według: Kleczkowski B.: Zakres działania współczesnej ochrony zdrowia (próba systematyzacji pojęciowej). Zdr. Publ. 1964, 4.

a) świadome i celowe kształtowanie warunków środowiskowych (fizycznych, biologicznych i społecznych), tak aby sprzyjały one zachowaniu i umacnianiu zdrowia;

b) świadome i celowe przesuwanie zakresu działania ochrony zdrowia ludności z dotychczasowych form działalności głównie naprawczej (leczniczej) na działalność przede wszystkim zapobiegawczą (profilaktyczną).

Zwiększenie się możliwości opanowania wielu znanych czynników chorobotwórczych, a przez to możliwości zapobiegania lub zmniejszania narażenia ustroju na ich szkodliwe działanie, stało się podstawą szeroko pojętej profilaktyki, która — jako najbardziej skuteczna i korzystna metoda ochrony zdrowia społeczeństwa — staje się jej głównym kierunkiem działania.

2. WPŁYW POSTĘPU TECHNICZNEGO NA ZAKRES DZIAŁANIA OCHRONY ZDROWIA

Wpływ ten przejawia się zarówno w sensie społecznie pozytywnym (między innymi poprzez usprawnianie i zwiększanie skuteczności postępowania zapobiegawczego, leczniczego, rehabilitacyjnego), jak i w sensie społecznie negatywnym (między innymi poprzez zwiększanie szeroko pojętej urazowości wskutek postępującej technicyzacji życia).

Społecznie pozytywny wpływ postępu technicznego na zakres działania ochrony zdrowia jest tak oczywisty, że nie wymaga w tym miejscu szerszego omówienia. Wspomnieć jedynie należy, że rozwój współczesnych metod profilaktycznych (między innymi kształtowanie właściwych warunków środowiskowych życia i pracy, stosowanie diagnostyki masowej, akcji dezynsekcyjnych, szczepień ochronnych itp.) jest w dużym stopniu uzależniony od wykorzystania nowoczesnych środków technicznych. Tak samo rozwój i wydajność nowych metod diagnostycznych (np. metody radiologiczne, elektrograficzne, chemiczne, izotopowe) oraz nowych metod terapeutycznych (np. chirurgii serca i naczyń, neurochirurgii, onkologii, hematologii itp.) byłby niemożliwy bez adaptowania osiągnięć postępu technicznego.

Rozwój każdej spośród nowych dziedzin profilaktycznych, diagnostycznych i leczniczych zwiększa konsekwentnie jakościowy i ilościowy zakres działania ochrony zdrowia, poprzez obejmowanie tysięcy nowych przypadków, które jeszcze przed kilku laty pozostawały poza zasięgiem skutecznego działania ochrony zdrowia.

Społecznie negatywny wpływ postępu technicznego wyraża się przede wszystkim postępującym wzrostem szeroko pojętej urazowości, wywołanej różnorodnymi czynnikami technicznymi (czynniki mechaniczne, chemiczne, termiczne, radioaktywne itp.). Wśród przyczyn zgonów w cywilizowanych społeczeństwach urazy wysuwają się obecnie na jedno z pierwszych miejsc (po chorobach układu krążenia i chorobach nowotworowych).

Zwiększenie urazowości rozszerza także zakres działania ochrony zdrowia, przede wszystkim poprzez uaktywnienie działalności profilaktycznej (np. nadzór zapobiegawczy i bieżący nad warunkami pracy, oświata zdrowotna itp.). Ma jednak wyraźny wpływ także na zwiększanie się zakresu działalności leczniczej, m.in. na szybki rozwój takich dziedzin służby zdrowia, jak doraźna pomoc, traumatologia, toksykologia, neurochirurgia lub rehabilitacja, jest bezpośrednią konsekwencją zwiększającej się urazowości w społeczeństwach cywilizowanych, a pośrednio następstwem postępu technicznego.

Jednym z podstawowych problemów współczesnych społeczeństw staje się racjonalne zabezpieczenie ludności przed ujemnymi skutkami zdrowotnymi intensywnego postępu technicznego, ujawniającymi się w postaci tzw. chorób cywilizacyjnych. W tym celu staje się konieczne wdrażanie szeroko pojętej higienizacji działalności ludzkiej (zarówno samych procesów, jak i ich wyników) oraz prawidłowe równoważenie elementów postępu cywilizacji technicznej i humanizacji w rozwoju społeczeństw, poprzez ich racjonalne planowanie i kontrolowanie. W związku z tym zwiększa się także rola i praktyczny zakres działania ochrony zdrowia w planowaniu i kontroli rozwoju warunków i sposobu życia współczesnych społeczeństw.

3. WPŁYW POSTĘPU SPOŁECZNEGO NA ZAKRES DZIAŁANIA OCHRONY ZDROWIA

W określaniu operatywnego pojęcia ochrony zdrowia podnosiliśmy fakt, że praktyczne wykorzystanie osiągnięć postępu technicznego i naukowego dla potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, a więc i kształtowania się zakresu działania ochrony zdrowia, jest dialektycznie uzależnione od warunków społecznych, w których ochrona zdrowia działa i rozwija się.

Ujemne czynniki społeczne, jakimi są np. niedożywienie, złe warunki mieszkaniowe, niedostępność opieki profilaktyczno-leczniczej, niski stopień oświaty, kultury ogólnej i zdrowotnej, odgrywają dominującą rolę w powstawaniu, nasileniu i przebiegu chorób. Ich ujemny wpływ na stan zdrowotny społeczeństwa może być zniesiony jedynie poprzez systematyczną i celową politykę społeczną i zdrowotną państwa, zabezpieczającą możliwości racjonalnych pod względem zdrowotnym warunków życia ludzkiego oraz powszechne objęcie ludności opieką profilaktyczno-leczniczą.

Zgodnie ze współczesnym pojęciem zdrowia — działanie na rzecz zdrowia społeczeństwa musi uwzględniać zarówno rozwijanie i utrzymanie optymalnej sprawności biologicznej (fizycznej i psychicznej) człowieka, jak i jego optymalnej sprawności społecznej. Cel ten może być praktycznie osiągnięty poprzez zabezpieczenie przez państwo możliwości pełnego, kompleksowego wykorzystania jednocześnie metod i środków natury medycznej oraz metod i środków natury społecznej, zarówno w indywidualnej, jak i zbiorowej opiece zdrowotnej nad ludnością.

Miernikiem wpływu postępu społecznego (w zakresie warunków politycznych, ekonomicznych, organizacyjnych i kulturalnych) na rozwój pełnego zakresu działania współczesnej ochrony zdrowia w poszczególnych krajach może być stopień zabezpieczenia (w ustawodawstwie i podziale dochodu narodowego) następujących środków związanych bezpośrednio lub pośrednio z podnoszeniem stanu zdrowia i warunków zdrowotnych społeczeństwa (wg B. Kleczkowskiego):

a) środków służących do technicznego przekształcenia środowiska zgodnie z potrzebami zdrowotnymi (budowanie osiedli, miesz-

kań, wodociągów, kanalizacji, ośrodków sportowych, wypoczynkowych, zdrowotnych itp.);

b) środków materialnych umożliwiających społeczeństwu indywidualne przestrzeganie higienicznych reguł życia i pracy (właściwe płace, urlopy, zabezpieczenie socjalne na wypadek choroby, dodatki rodzinne, dostępność podstawowych środków żywnościowych, ubrania itp.);

c) środków służących rozwojowi i efektywnemu działaniu społecznych instytucji zdrowotnych, oświatowych i kulturalnych;

d) środków na podniesienie oświaty zdrowotnej i wychowanie ludności w zakresie higienicznych reguł życia i umiejętności korzystania z opieki zdrowotnej;

e) przepisów prawnych służących ochronie warunków zdrowotnych ludności (np. przepisy dotyczące ochrony powietrza atmosferycznego, wód powierzchniowych, środków spożywczych, warunków pracy itp.);

f) zapewnienia całej ludności bezpłatnej i łatwo dostępnej opieki profilaktyczno-leczniczej, odpowiadającej aktualnemu stanowi osiągnięć naukowych;

g) zabezpieczenia warunków rozwoju działalności naukowo-badawczej nad zagadnieniami potrzeb zdrowotnych i sprawnego działania opieki zdrowotnej społeczeństwa.

Stan kultury zdrowotnej w poszczególnych krajach przejawia się przede wszystkim w postaci tzw. *wyrażonych potrzeb zdrowotnych* (zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne). W niektórych zakresach działania ochrony zdrowia można dość obiektywnie śledzić ilościowy i jakościowy wzrost wyrażonych potrzeb zdrowotnych (np. na podstawie zgłaszalności do przychodni lub szpitali, zgłaszalności do szczepień ochronnych, profilaktycznych badań okresowych itp.). Kultura zdrowotna ma także swoje pośrednie odzwierciedlenie w rozwoju ustawodawstwa zdrowotnego oraz podstaw organizacyjnych i ekonomicznych działania ochrony zdrowia, jako wyraz świadomości aparatu kierowniczego państwa odpowiedzialnego za kształtowanie polityki zdrowotnej.

Wyrażone potrzeby zdrowotne — nawet w krajach o wysokim stopniu kultury zdrowotnej — są zwykle niższe od rzeczywistych potrzeb zdrowotnych, które można określić jedynie na podstawie pogłębionych badań epidemiologicznych.

Logan porównuje trafnie stosunek wyrażonych i rzeczywistych potrzeb zdrowotnych do góry lodowej pływającej w morzu: widoczny ponad poziomem morza szczyt góry lodowej, wyobrażający poznane i wyrażone przez społeczeństwo potrzeby zdrowotne, stanowi zaledwie część rzeczywistych potrzeb zdrowotnych, które — tak jak korpus pływającej w morzu góry lodowej — nie ujawniają się dotychczas w świadomości zdrowotnej społeczeństwa, a często nie są jeszcze dokładnie poznane przez służbę zdrowia.

W miarę poznawania rzeczywistych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa zwiększa się także (ilościowo i jakościowo) zakres działania ochrony zdrowia. Ochrona zdrowia może i musi — w interesie społeczeństwa — zwiększać poziom świadomości zdrowotnej i pogłębiać racjonalność zachowań zdrowotnych ludności, zarówno poprzez szeroką działalność informacyjną i oświatowo-wychowawczą (między innymi przez oświatę zdrowotną), zwiększanie dostępności opieki profilaktyczno-leczniczej (między innymi przez zniesienie barier natury ekonomicznej i organizacyjnej, stosowanie metod czynnego poradnictwa itp.), jak i poprzez systematyczne badania sytuacji zdrowotnej społeczeństwa. Badania takie umożliwiają coraz dokładniejsze określenie rzeczywistych potrzeb zdrowotnych ludności, a w ślad za tym — odpowiednie, zgodne z potrzebami, ukierunkowanie rozwoju opieki profilaktyczno-leczniczej.

4. PROFILAKTYCZNE UKIERUNKOWANIE DZIAŁALNOŚCI WSPÓŁCZESNEJ OCHRONY ZDROWIA

Jednym z najbardziej charakterystycznych efektów postępu naukowego i społecznego jest profilaktyczne ukierunkowanie operatywnej działalności ochrony zdrowia. Ze względu na praktyczne znaczenie postępu profilaktycznego w ochronie zdrowia społeczeństwa wydaje się uzasadnione nieco szersze wyjaśnienie współczesnych pojęć i zasad profilaktyki zdrowotnej.

W postępowaniu profilaktycznym można wyróżnić trzy zasadnicze fazy działania, w zależności od okresu zagrożenia ustroju chorobą oraz od stosowanych metod działania.

Profilaktyka pierwszej fazy — obejmuje całokształt postępowania higienicznego i przeciwepidemicznego, zmierzającego

do umacniania (lub potęgowania) zdrowia. Taka faza działania profilaktycznego dotyczy przede wszystkim ludzi zdrowych (zwłaszcza dzieci i młodzieży w okresie rozwoju fizycznego i psychicznego). Głównym jej celem jest takie ukształtowanie środowiska naturalnego i społecznego, aby rozwój fizyczny i psychiczny człowieka był jak najpomyślniejszy, a narażenie ustroju na czynniki chorobotwórcze jak najmniejsze.

Metody działania profilaktycznego w fazie pierwszej obejmują zarówno poczynania natury ogólnohigienicznej (przez stwarzanie właściwych warunków życia człowieka, właściwego odżywiania, bezpiecznych i higienicznych warunków pracy, nauki, odpoczynku, kultury fizycznej i psychicznej, prawidłowego kształtowania stosunków międzyludzkich itp.), jak i ukierunkowane (swoiste) zapobieganie chorobom (np. przez niszczenie źródeł i przenosicieli zakażenia lub uodpornienie swoiste ustroju za pomocą szczepień ochronnych).

P r o f i l a k t y k a d r u g i e j f a z y — rozpoczyna się z chwilą wystąpienia procesu chorobowego w ustroju. W tej fazie działania profilaktycznego zapobiega się już nie wystąpieniu samej choroby, ale jej rozwojowi (przejściu choroby w postać przewlekłą lub przedwczesnej śmierci). Działanie zapobiegawcze w tym okresie jest więc nastawione na zmniejszenie strat zasobu energii biologicznej ustroju w następstwie procesu chorobowego.

Wczesne rozpoznanie i skuteczne leczenie chorób, warunkujące indywidualną i społeczną skuteczność tej fazy działania ochrony zdrowia, są zależne zarówno od poziomu fachowego i organizacyjnego systemu ochrony zdrowia (kadry, sieć instytucji, dostępność środków diagnostycznych i leczniczych), jak i od stopnia kultury zdrowotnej społeczeństwa (współdziałanie w zakresie wczesnej wykrywalności i leczenia, poprzez wczesną zgłaszalność i dyscyplinę leczniczą). Jednym z podstawowych czynników zwiększających skuteczność profilaktyki drugiej fazy jest metoda czynnego poradnictwa (dyspanseryzacja), umożliwiająca aktywną diagnostykę i terapię chorób, zwłaszcza chorób o dużym znaczeniu społecznym.

P r o f i l a k t y k a t r z e c i e j f a z y (metafilaktyka, rehabilitacja) dotyczy tych przypadków, w których choroba rozwinęła się w pełni, doprowadzając do ograniczenia niektórych funkcji ustroju lub trwałej ich utraty (inwalidztwo). Postępowanie w tej fazie działania zmierza do zapobiegania utrwaleniu się niepomyślnych skutków choroby, do odtworzenia zasobu utraconej wskutek choroby sprawności ustroju (w takim stopniu, w jakim jest to możliwe) oraz przywrócenia utraconych funkcji lub zastąpienia ich środkami wyrównawczymi (np. za pomocą protezowania).

Trzecia faza profilaktyki opiera się głównie na systematycznym leczeniu ograniczającym skutki choroby i na szeroko pojętej rehabilitacji chorych, której zadaniem jest: odtworzenie sił biologicznych ustroju, umożliwiające usprawnienie jego funkcji fizycznych i psychicznych, reedukację (tj. wyuczenie człowieka ze zmienionym potencjałem zdolności do pracy nowego zawodu lub zajęć odpowiadających jego możliwościom) oraz resocjalizację (umożliwienie podjęcia aktywnego życia w społeczeństwie).

W świetle opisanego przekształcenia się zakresu działania współczesnej ochrony zdrowia wydaje się konieczne zwrócenie uwagi na dwa pochodne zagadnienia:

1) włączenie elementów działalności zapobiegawczej do każdej fazy działania ochrony zdrowia zmienia dotychczasowe znaczenie pojęciowe profilaktyki i lecznictwa jako dwóch odrębnych funkcji ochrony zdrowia; obie te funkcje integrują się pojęciowo i praktycznie w działalności profilaktyczno-leczniczej współczesnej ochrony zdrowia;

2) zwiększająca się skuteczność działania profilaktyczno-leczniczego wpływa wtórnie na zmianę zarówno struktury demograficznej społeczeństwa (przedłużanie się średniego okresu życia, zwiększanie się odsetka populacji w wieku podeszłym), jak i na zmianę struktury chorobowości (zmniejszenie się odsetka udziału chorób zakaźnych, zwiększanie się chorób na podłożu procesów zwyrodnieniowych, chorób psychicznych, chorób przewlekłych), które dla ochrony zdrowia stwarzają nowe, coraz bardziej zwiększające się elementy zakresu działania.

Problemy opieki nad przewlekle chorymi, ciężko upośledzonymi fizycznie i psychicznie lub nieuleczalnie chorymi (opieka terminalna) muszą być coraz szerzej uwzględniane w zakresie działania współczesnej ochrony zdrowia. Są też przyczyną coraz bardziej postępującej integracji działalności ochrony zdrowia z działalnością pomocy społecznej.

5. CHARAKTERYSTYKA PODSTAWOWYCH ELEMENTÓW ZAKRESU DZIAŁANIA WSPÓŁCZESNEJ OCHRONY ZDROWIA

Omawiając w poprzedniej części tego rozdziału podstawowe pojęcia oraz czynniki determinujące zakres działania starano się wykazać pośrednio także główne tendencje przemian zakresu działania współczesnej ochrony zdrowia, które wyrażają się przede wszystkim w postaci:

a) znacznego rozszerzenia się zakresu działania ochrony zdrowia (od stanu pełnego zdrowia lub zagrożenia chorobą do terminalnych stanów w chorobach nieuleczalnych);

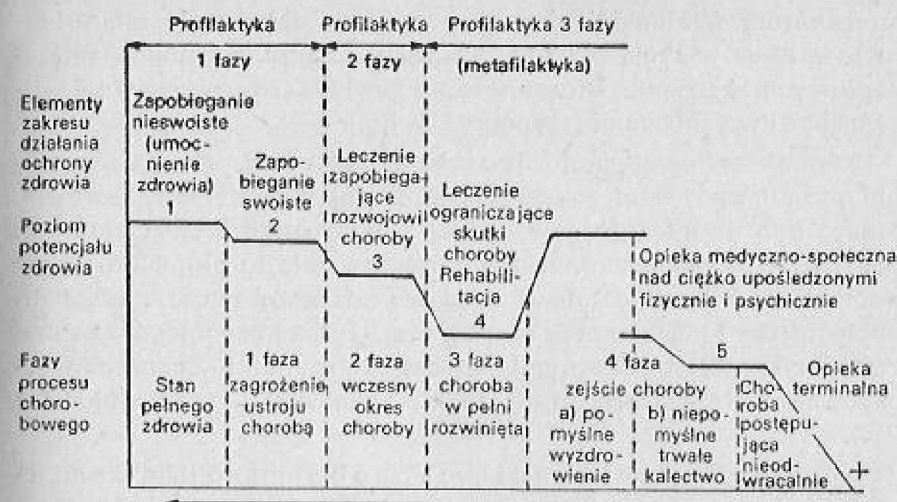
b) profilaktycznego ukierunkowania działania ochrony zdrowia (z wyodrębnieniem się trzech faz postępowania zapobiegawczego w zależności od zaawansowania procesu chorobowego);

c) rozwijania się kompleksowego działania współczesnej ochrony zdrowia, co należy rozumieć jako działanie uwzględniające zarówno całokształt potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, jak i całokształt dostępnych środków i metod działania na rzecz zdrowia społeczeństwa (wynikających z postępu naukowego, technicznego i społecznego), które współczesne społeczeństwa mogą i powinny uruchomić dla optymalnego zabezpieczenia własnych potrzeb zdrowotnych.

Rozważania dotychczasowe dotyczyły w zasadzie wyłącznie tych zakresów działania ochrony zdrowia, które łączą się bezpośrednio z działalnością profilaktyczno-leczniczą. Te zadania można określić jako główne elementy zakresu działania (lub główne funkcje) ochrony zdrowia, gdyż ich celem bezpośrednim jest w istocie ochrona zdrowia ustroju zagrożonego możliwością choroby (pierwsza faza profilaktyki) bądź zagrożonego toczącym się procesem chorobowym (druga faza profilaktyki — leczenie), bądź częściowo lub trwale ograniczonego wskutek przebytej choroby (trzecia faza profilaktyki — metafilaktyka), bądź wreszcie nieodwracalnie niszczonego (opieka w chorobach nieuleczalnych).

Na ryc. 1 przedstawiono schematycznie główne elementy zakresu działania współczesnej ochrony zdrowia w zależności od faz rozwoju procesu chorobowego.

Jest zrozumiałe jednak, że dla prawidłowej realizacji głównych elementów zakresu działania (lub głównych zadań) współczesnej ochrony zdrowia konieczne jest także rozwinięcie i sprawne dzia-



Ryc. 1. Zakres działania współczesnej ochrony zdrowia (strzałka u podstawy wykresu wykazuje tendencje przesuwania się form działania od naprawczych do zapobiegania w miarę postępu naukowo-technicznego i społecznego (wg B. Kleczkowskiego).

łanie wielu funkcji pomocniczych, takich jak: szkolenie zawodowe pracowników, działalność badawczo-naukowa, działalność wychowawczo-oświatowa w zakresie problematyki zdrowotnej, współpraca międzynarodowa w dziedzinie ochrony zdrowia oraz ogólna koordynacja, czyli kierowanie całym procesem troski o zdrowie społeczeństwa.

Tak więc, uwzględniając całokształt zadań głównych i pomocniczych, można zaproponować następujący podział i charakterystykę zasadniczych elementów zakresu działania współczesnej ochrony zdrowia.

GŁÓWNE FUNKCJE (ZADANIA) OCHRONY ZDROWIA

U m a c n i a n i e z d r o w i a. Określone jest także nazwą profilaktyki ogólnej lub nieswoistej, twórczej działalności higienicznej, lub medycyny konstruktywnej; dotyczy osób zdrowych, przed zadziałaniem na ustrój czynnika chorobotwórczego. Obejmuje dzia-

łania natury ogólnohigienicznej, poprzez kształtowanie odpowiednich warunków życia (środowiska pracy i nauki, warunków mieszkaniowych, żywienia, stosunków międzyludzkich, wychowania fizycznego i psychicznego, wypoczynku itp.).

Działania zmierzające do umacniania zdrowia wykraczają znacznie poza bezpośredni zakres działania instytucji służby zdrowia. Muszą być uwzględniane w każdej niemal dziedzinie działalności państwowej i społecznej. Służba zdrowia działa tu głównie poprzez inicjowanie potrzeb, działanie oświatowo-wychowawcze, nadzór zapobiegawczy i bieżący oraz bezpośrednią opiekę zapobiegawczą nad ludźmi szczególnie podatnymi na działanie czynników chorobotwórczych (kobiety ciężarne, noworodki, niemowlęta, dzieci, młodzież itp.).

S w o i s t e z a p o b i e g a n i e c h o r o b o m (profilaktyka ukierunkowana lub swoista) dotyczy także ludzi zdrowych, ale zagrożonych konkretną chorobą. Działanie zapobiegawcze może być skierowane na jeden lub więcej spośród trzech czynników współzależnych w powstawaniu choroby: ustrój ludzki, czynnik chorobotwórczy lub środowisko (tzw. triada ekologiczna).

Zapobieganie swoiste (ukierunkowane) dotyczy współcześnie nie tylko chorób zakaźnych, ale i niezakaźnych (np. zapobieganie chorobom zawodowym, wolu nagminnemu, otyłości, próchnicy zębów, wadom postawy itp.).

Służba zdrowia działa w tym zakresie z tytułu swoich obowiązków i uprawnień do nadzoru zapobiegawczego i bieżącego oraz poprzez masowe akcje zapobiegawcze (szczepienia ochronne, masowe akcje dezynfekcyjne, np. w zwalczaniu malarii, jodowanie soli kuchennej w zapobieganiu wolu, masowe fluorowanie wody w zapobieganiu próchnicy zębów itp.).

Umacnianie zdrowia i ukierunkowane zapobieganie chorobom wchodzą w zakres profilaktyki pierwszej fazy, zyskują dominujące znaczenie w działaniu współczesnej ochrony zdrowia ze względu na największą ich efektywność ogólnospołeczną.

L e c z e n i e z a p o b i e g a j ą c e r o z w o j o w i c h o r o b y odpowiada pojęciu profilaktyki drugiej fazy. Dotyczy osób, u których czynnik chorobotwórczy zadziałał już na ustrój, wywołując proces chorobowy.

Sens zapobiegawczo nastawionego leczenia polega przede wszystkim na dążeniu do jak najwcześniejszego wykrycia i rozpoznania procesu chorobowego oraz podjęcia wczesnego i możliwie skutecznego leczenia w celu przerwania procesu chorobowego.

Zapobiegawcze ukierunkowanie leczenia jest realizowane praktycznie między innymi przez:

a) organizowanie masowych badań przeglądowych ludności (np. w celu wykrycia stanów przedrakowych lub wczesnych zmian nowotworowych, nadciśnienia tętniczego, cukrzycy itp.);

b) przeprowadzanie katastralnych (spisowych, środowiskowych) badań rentgenowskich i tuberkulinowych w celu wczesnego wykrywania gruźlicy;

c) okresowe badania pracowników zatrudnionych w przemyśle lub rolnictwie w celu wykrycia najwcześniejszych objawów zatrucia lub choroby zawodowej;

d) zapobiegawcze stosowanie leków w przypadkach zadziałania czynnika chorobotwórczego na ustrój i dużego prawdopodobieństwa rozwinięcia się choroby (np. środków przeciwmalarycznych, przeciwprątkowych, gammaglobuliny, szczepionki przeciw wściekliźnie u osób pokąsanych, surowicy przeciw tężcowi i innych);

e) stosowanie czynnego poradnictwa (dyspanseryzacji), zwłaszcza w przypadkach chorób o powolnym, a złośliwym przebiegu, i w chorobach o dużym znaczeniu społecznym;

f) jak najszersze udostępnienie możliwości diagnostycznych i leczniczych (w zakładach opieki zdrowotnej lub w domu chorego) dla przypadków indywidualnych;

g) stosowanie zasady rejonizacji opieki profilaktyczno-leczniczej, która ułatwia nadzór środowiskowy nad ludnością, umożliwia planowaną i czynną kontrolę stanu jej zdrowia oraz zwiększa dostępność opieki profilaktyczno-leczniczej.

L e c z e n i e o g r a n i c z a j ą c e s k u t k i c h o r o b y i r e h a b i l i t a c j a — odpowiadają pojęciu profilaktyki trzeciej fazy (metafilaktyka). Dotyczy osób, u których choroba doprowadziła do krócej lub dłużej trwającego ograniczenia niektórych czynności ustroju lub pozostawiła trwałe kalectwo.

W przypadkach krócej trwającego ograniczenia fizjologicznych czynności ustroju postępowanie rehabilitacyjne ogranicza się do tzw. kontrolowanej rekonwalescencji wspomaganej zazwyczaj fizy-

koterapią, balneoterapią, leczeniem klimatycznym, dietetycznym itp.

W przypadku długo trwającego lub trwałego ograniczenia czynności ustroju konieczna jest rehabilitacja chorego, która polega nie tylko na usprawnieniu fizycznym lub psychicznym, ale także na reedukacji i resocjalizacji, mających na celu przywrócenie optymalnej aktywności społecznej chorego. Wobec zwiększającej się szansy przeżycia ludzi po urazach oraz osób przewlekle chorych lub starych zwiększa się w konsekwencji odsetek ludności z przewlekłymi zaburzeniami fizycznymi i psychicznymi lub z kalectwami, które w interesie indywidualnym i społecznym wymagają sprawnej opieki rehabilitacyjnej.

Praktyczne zabezpieczenie działalności rehabilitacyjnej wymaga współdziałania zarówno służb medycznych, jak i innych służb społecznych (reedukacja, resocjalizacja, terapia pracą, praca chroniona itp.), opierających się na zakładach opieki zdrowotnej (szpital, sanatoria rehabilitacyjne, przychodnie, oddziały pracy chronionej) bądź też kontrolowanej rehabilitacji w domu chorego.

Opieka medyczno-społeczna nad głęboko upośledzonymi fizycznie lub psychicznie oraz opieka terminalna nad nieuleczalnie chorymi dotyczy przypadków chorób postępujących i nieuleczalnych, w których ani leczenie, ani rehabilitacja nie są już w stanie poprawić ich przebiegu lub zapobiec zejściu. Większa obecnie szansa przeżycia tych chorych powoduje zwiększenie się ich liczby w społeczeństwie i wymaga zorganizowanej opieki medycznej i społecznej bądź w zakładach zamkniętych (szpitale w okresie obostrzeń lub zakłady opieki specjalnej, np. dla głęboko upośledzonych umysłowo, dla przewlekle chorych itp.), bądź w domu chorego. Jest to także jedna z przyczyn integracji działania ochrony zdrowia i pomocy społecznej.

POMOCNICZE FUNKCJE (ZADANIA) OCHRONY ZDROWIA

Szkolnictwo zawodowe pracowników medycznych i paramedycznych. Rozszerzający się zakres działania ochrony zdrowia oraz postępująca specjalizacja zawodowa wpływają zarówno na stale wzrastające zapotrzebowanie liczbowe personelu fachowego ochrony zdrowia (konieczność szkolenia podstawowego), jak i na konieczność ich dalszego doszkalania podyplomowego.

Szkolenie podyplomowe pracowników medycznych, którego potrzeba wynika przede wszystkim z szybkiego postępu wiedzy medycznej, staje się nieodzowne dla utrzymania właściwego poziomu współczesnej ochrony zdrowia i obejmuje:

a) specjalizację;

b) doskonalenie biegłości zawodowej;

c) aktualizację wiedzy.

Działalność naukowo-badawcza staje się obecnie nieodzowna dla utrzymania społecznej efektywności ochrony zdrowia oraz jej prawidłowego rozwoju.

W większości krajów jest ona rozwijana i koordynowana przez resortowe lub uczelniane instytuty naukowo-badawcze służby zdrowia i obejmuje przede wszystkim:

a) badanie warunków zdrowotnych społeczeństwa;

b) badanie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa;

c) badanie sprawności działania na rzecz zdrowia społeczeństwa.

Działalność wychowawczo-oświatowa w zakresie ochrony zdrowia. Celem jej jest stałe podnoszenie kultury zdrowotnej społeczeństwa, od którego w dużym stopniu jest uzależniona społeczna efektywność ochrony zdrowia oraz właściwe wykorzystanie świadczeń zdrowotnych.

Oddziaływanie wychowawczo-oświatowe powinno dotyczyć zarówno odbiorców świadczeń profilaktyczno-leczniczych (tj. ogółu społeczeństwa), jak i pracowników organów administracyjnych i przedstawicielskich, decydujących o praktycznej realizacji zadań i zasad polityki zdrowotnej państwa (oświata zdrowotna wyższego stopnia, działalność informacyjna i instruktażowa). Współczesne środki masowej informacji ułatwiają skuteczność działania w tym zakresie.

Współpraca międzynarodowa w zakresie ochrony zdrowia staje się niezbędna do prawidłowego kształtowania rozwoju i sprawności działania krajowych służb zdrowia, między innymi z powodu:

a) konieczności międzynarodowej wymiany naukowych i praktycznych doświadczeń w zakresie ochrony zdrowia;

b) konieczności podejmowania wspólnych akcji profilaktycznych (wynikających między innymi ze wzmożonej migracji ludności i zwiększającej się szybkości masowego transportu);

c) konieczności prowadzenia międzynarodowych badań porównawczych nad problematyką ochrony zdrowia;

d) konieczności współpracy w zakresie ochrony zdrowia z krajami rozwijającymi się pod względem ekonomicznym i kulturalnym (kraje Trzeciego Świata).

Główną rolę inicjującą i koordynującą w zakresie współpracy międzynarodowej w ochronie zdrowia spełnia obecnie Światowa Organizacja Zdrowia.

Zarządzanie ochroną zdrowia. Współczesna ochrona zdrowia, obejmująca tak szerokie i ważne zakresy działania, wymaga systematycznej koordynacji organizacyjnej między innymi poprzez: jednolite planowanie, zabezpieczenie prawnych i ekonomicznych podstaw działania oraz stałą kontrolę jej działania i rozwoju, wykorzystującego metody naukowe (między innymi metody statystyczne, epidemiologiczne, socjologiczne, ekonomiczne i organizacyjne).

Te funkcje wyodrębniły się w ostatnich latach jako specjalistyczne funkcje kierownicze ochrony zdrowia i stanowią główny czynnik integrujący całokształt zakresu działania współczesnej ochrony zdrowia.

Rozdział II

ZASADY ORGANIZOWANIA WSPÓŁCZESNEJ OCHRONY ZDROWIA*

1. TENDENCJE DO ZMIAN PODSTAWOWYCH ZASAD ORGANIZOWANIA OCHRONY ZDROWIA

Szybko rozszerzający się zakres działania współczesnej ochrony zdrowia i postęp wiedzy medycznej prowadzą do wyodrębnienia się licznych specjalności lekarskich oraz nowych zawodów medycznych i paramedycznych, spośród których każdy obejmuje węższy lub szerszy zakres wiedzy fachowej i charakteryzuje się swoistą technologią zawodową. Utrzymanie w tych warunkach tradycyjnej opieki zdrowotnej opartej na indywidualnym działaniu „wszechstronnego lekarza" staje się coraz bardziej nierealne.

Nawet w podstawowej opiece zdrowotnej rejonowy lekarz ogólny musi coraz częściej uciekać się do pomocy konsultacyjnej lub stałego współdziałania z lekarzami innych specjalności (np. z pediatrą, ginekologiem, chirurgiem itp.) bądź z innymi pracownikami medycznymi i paramedycznymi (z pielęgniarką, położną, opiekunem społecznym itp.), nie mówiąc już o nieodzownej potrzebie korzystania z badań diagnostycznych. W zakresie węższych specjalności lekarskich (np. w szpitalach specjalistycznych) występuje tym większa potrzeba zespołowego współdziałania pracowników różnych specjalności i różnych zawodów medycznych w celu uzyskania możliwie kompetentnej i całościowej oceny diagnostycznej lub leczniczej w poszczególnych przypadkach (klasycznym przykładem mogą tu być typowe już specjalności zespołowe, jak onkologia, torakochirurgia, neurochirurgia, rehabilitacja itp.). Tak więc w każdym zakresie działania współczesnej ochrony zdrowia stosuje się coraz szerzej zamiast opieki indywidualnej opiekę zespołową.

Wprowadzenie wyposażenia technicznego (aparatury diagnostycznej, leczniczej itp.), od którego w dużym stopniu zależy obecnie sprawność działania ochrony zdrowia, przyczynia się do dalszej z kolei ewolucji jej form organizacyjnych, tj. przekształcenia się opieki zespołowej w opiekę instytucyjną (rozumiejąc pod pojęciem instytucji zespół pracowników powołany do realizacji określonych zadań wraz z aparaturą umożliwiającą wykonanie tych zadań).

Jedną z najwcześniejszych form instytucji opieki zdrowotnej był szpital. Dalszy rozwój zakresu działania ochrony zdrowia doprowadził jednak stopniowo do wyodrębnienia się wielu instytucji świadczących dla ludności usługi profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne i inne.

W naszym kraju instytucje wykonujące tzw. główne funkcje ochrony zdrowia (tj. funkcje związane bezpośrednio z opieką profilaktyczno-leczniczą) są określone nazwą społecznych zakładów służ-

* Według: Kleczkowski B.: Metodyka organizacji i kierowania w ochronie zdrowia. PZWL, Warszawa 1969.

4*

by zdrowia (zgodnie z ustawą z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowanej gospodarce w służbie zdrowia).

Optymalnym obecnie etapem rozwoju organizacyjnego ochrony zdrowia staje się forma opieki kompleksowej, która charakteryzuje się przede wszystkim tym, że wszystkie instytucje tworzą łącznie jednolitą całość organizacyjną i funkcjonalną w celu zapewnienia społeczeństwu pełnego zakresu opieki profilaktyczno-leczniczej (tj. opieki obejmującej zarówno całokształt potrzeb zdrowotnych, jak i całokształt dostępnych środków i metod działania zapobiegawczo-leczniczego) oraz ciągłości tej opieki.

Ciągłość opieki profilaktyczno-leczniczej jest podstawowym założeniem działania wszystkich instytucji wchodzących w skład kompleksowej opieki zdrowotnej. Ciągłość ta powinna być rozumiana zarówno w odniesieniu do całego życia osobniczego (od poczęcia do zgonu), jak i w zależności od potrzeb dyktowanych aktualnym stanem zdrowia lub choroby (od ogólnej i swoistej profilaktyki pierwszej fazy w stanie zdrowia do różnych form opieki leczniczej, rehabilitacyjnej lub terminalnej w stanie choroby).

W zależności od rodzaju i metod działania poszczególnych instytucji w kompleksowej ochronie zdrowia są one grupowane organizacyjnie w zespoły służb jednoimiennych (tj. instytucji o podobnym zakresie i metodach działania), np.:

a) opieka sanitarno-przeciwepidemiczna obejmująca instytucje, których dominującym zakresem działania jest profilaktyka pierwszej fazy, a główną metodą działania — nadzór zapobiegawczy i bieżący;

b) opieka zdrowotna podstawowa i specjalistyczna obejmuje instytucje (zespoły opieki zdrowotnej), których dominującym zakresem działania jest opieka zapobiegawczo-lecznicza nad człowiekiem w jego codziennym środowisku (środowisko domowe, pracy lub nauki), a główną metodą działania — czynne poradnictwo i oświata zdrowotna, bądź nad człowiekiem przeniesionym do specjalnych warunków leczniczych (szpital, sanatorium, specjalne zakłady opieki medyczno-społecznej itp.), a głównymi metodami działania — postępowanie diagnostyczno-lecznicze (zachowawcze lub operacyjne) i rehabilitacyjne;

c) opieka społeczna obejmuje instytucje, których dominującym zakresem działania są różne formy (materialne i niematerialne) pomocy społecznej dla osób jej potrzebujących.

W celu objęcia pełnego zakresu działania ochrony zdrowia i zapewnienia ciągłości opieki zapobiegawczo-leczniczej, warunkujących jej istotną kompleksowość, konieczne jest ścisłe współdziałanie (kooperacja pozytywna) głównych służb zdrowotnych w różnych fazach zdrowia i choroby.

Dla zabezpieczenia sprawnego działania głównych służb zdrowotnych w kompleksowej ochronie zdrowia są rozwijane także zespoły instytucji obejmujących pomocnicze zakresy działania, między innymi szkolenie kadr fachowych (wyższe i średnie szkolnictwo medyczne), działalność naukowo-badawczą (instytucje naukowo-badawcze), zaopatrzenie w leki i sprzęt medyczny (instytucje wytwarzające i dystrybujące leki oraz sprzęt medyczny), działalność inwestycyjną itp.

Czynnikiem warunkującym organizacyjne i funkcjonalne zespolenie kompleksowej ochrony zdrowia jest jej jednolite kierownictwo (aparat administracyjny), sprawujące zarówno centralne (Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej), jak i terenowe (wydziały zdrowia i opieki społecznej) funkcje planowania, kooperacji organizacyjnej i kontroli nad służbami głównymi i pomocniczymi (tzw. funkcje regulacyjne).

Warunek jednolitego kierownictwa wszystkich służb i instytucji ochrony zdrowia jest spełniony dotychczas jedynie w krajach socjalistycznych. W krajach kapitalistycznych poszczególne służby mają dotychczas niejednolity system zarządzania (zależny od kilku resortów), a nawet niejednolity system finansowania (instytucje państwowe, samorządowe, ubezpieczeniowe, prywatne itp.), co praktycznie dezintegruje działanie ochrony zdrowia, utrudnia objęcie pełnego zakresu jej działania i zachowania ciągłości zapobiegawczo-leczniczej (a więc uniemożliwia rozwinięcie kompleksowej opieki zdrowotnej).

Jako najistotniejsze korzyści praktyczne, które zapewnia system kompleksowej opieki zdrowotnej, należy wymienić przede wszystkim:

a) równomierny rozwój poszczególnych służb zdrowotnych w stosunku do potrzeb społeczeństwa (oparty na planowaniu centralnym);

b) objęcie pełnego zakresu działania ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem funkcji zapobiegawczych (poprzez rejonowe zespolenie funkcjonalne wszystkich służb i instytucji profilaktyczno-leczniczych);

c) zapewnienie ciągłości opieki zdrowotnej.

2. TENDENCJE DO ZMIAN EKONOMICZNYCH PODSTAW DZIAŁANIA OCHRONY ZDROWIA

Rozwój zakresu działania współczesnej ochrony zdrowia oraz jej postęp organizacyjny (od działania indywidualnego do działania kompleksowego) są ściśle uzależnione od zabezpieczenia przez państwo właściwych podstaw ekonomicznych, umożliwiających zarówno planowy rozwój kadr fachowych, sieci instytucji i ich wyposażenia (rozwój sił i środków działania), jak i powszechną dostępność świadczeń zdrowotnych (między innymi poprzez zniesienie barier ekonomicznych).

Główne tendencje do zmian ekonomicznych podstaw działania opieki profilaktyczno-leczniczej, wynikającej przede wszystkim z postępu społecznego, można przedstawić (w dużym uproszczeniu) w postaci następującego diagramu:

opieka zdrowotna oparta głównie
na zasadzie odpłatności indywidualnej



opieka zdrowotna oparta głównie
na zasadzie pomocy społecznej



opieka zdrowotna oparta głównie
na zasadzie ubezpieczeń



opieka zdrowotna oparta na zasadzie
planowania i budżetowania
ochrony zdrowia przez państwo

Opieka zdrowotna oparta głównie na zasadzie odpłatności indywidualnej — jest kontynuacją tradycyjnych form medycyny indywidualnej. Ogranicza się prawie wyłącznie do świadczeń leczniczych w ramach indywidualnej wymiany wartości między pacjentem (nabywającym potrzebne mu usługi lecznicze) a lekarzem (wykonującym określone usługi lecznicze za określoną opłatą).

W klasycznej postaci tego systemu, dominującej dotychczas w krajach Ameryki Północnej (Stany Zjednoczone, Kanada) oraz w Australii, głównym czynnikiem określającym ilościowy i jakościowy zakres działania ochrony zdrowia jest przede wszystkim „wolnorynkowe" prawo popytu i podaży, a nie rzeczywiste potrzeby zdrowotne społeczeństwa.

Popyt ludności na odpłatne usługi zdrowotne dotyczy z zasady tych świadczeń, które stały się bezwzględnie konieczne, a więc najczęściej rozpoznania i leczenia już istniejącej choroby, a nie jej zapobiegania. Z kolei podaż usług zdrowotnych rozwija się według aktualnego popytu, dotyczy więc przede wszystkim świadczeń diagnostycznych i leczniczych, a w mniejszym stopniu profilaktycznych.

Indywidualna odpłatna opieka zdrowotna hamuje lub uniemożliwia wprowadzenie elementów działania zapobiegawczego do ochrony zdrowia ludności, ponieważ podstawowym przedmiotem jej zainteresowania jest istnienie choroby, a nie zachowanie zdrowia.

System opieki zdrowotnej oparty na indywidualnej odpłatności prowadzi do pogłębiającej się selekcji ekonomicznej pacjentów. W miarę bowiem naukowego i technicznego rozwoju medycyny podstawowe świadczenia diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne, a zwłaszcza współczesna opieka szpitalna, stają się coraz droższe, a przez to coraz mniej dostępne (już nie tylko dla ludzi ubogich, ale dla przeważającej części społeczeństwa średnio, a nawet dość dobrze usytuowanej materialnie). Dotyczy to szczególnie przypadków chorób ciężkich i przewlekłych.

System ten, nieracjonalny zarówno z punktu widzenia możliwości rozwoju pełnego zakresu i sprawności działania ochrony zdrowia, jak i z punktu widzenia zdrowotnych potrzeb społeczeństwa, ustępuje coraz bardziej pod naporem postępu społecznego. W tych krajach kapitalistycznych, w których dotychczas dominuje, musi być coraz szerzej uzupełniany przez pomoc społeczną (w stosunku do ubogich), ubezpieczenia (głównie w zakresie podstawowej opieki leczniczej) oraz pomoc państwową (głównie w zakresie higieniczno-

-sanitarnego nadzoru zapobiegawczego i bieżącego oraz opieki diagnostyczno-leczniczej w chorobach o dużym znaczeniu społecznym, wchodzących w zakres działania instytucji zdrowia publicznego).

O p i e k a z d r o w o t n a o p a r t a g ł ó w n i e n a z a s a d z i e p o m o c y s p o ł e c z n e j — wywodzi się z tradycji filantropii społecznej w stosunku do ludzi ubogich i niezdolnych do samodzielnego utrzymania. W wielu krajach filantropia i pomoc społeczna stanowią dotychczas podstawowy element ekonomiczny działania i rozwoju ochrony zdrowia. Dotyczy to przede wszystkim krajów słabo rozwiniętych ekonomicznie, w których powszechne ubóstwo ludności i brak zorganizowanego zatrudnienia wykluczyły możliwość rozwoju opieki zdrowotnej opartej na indywidualnej odpłatności lub ubezpieczeniach, a niskie zasoby ekonomiczne państwa utrudniają pełne rozwinięcie ochrony zdrowia w oparciu o budżet państwa.

W krajach rozwiniętych ekonomicznie pomoc społeczna w zakresie świadczeń zdrowotnych jest obecnie bardziej potrzebna i szerzej stosowana w krajach kapitalistycznych, w których istnieje duże zróżnicowanie klasowe, a system indywidualnej odpłatności ogranicza dostępność świadczeń zdrowotnych dla osób ubogich.

W krajach socjalistycznych, w których obowiązuje system ochrony zdrowia zabezpieczonej ekonomicznie we wszystkich zakresach jej działania przez budżet państwowy i rozwiniętą sieć społecznych instytucji profilaktyczno-leczniczych, nie ma potrzeby prowadzenia odrębnych form opieki zdrowotnej opartej na pomocy filantropijnej lub społecznej. Osoby kwalifikujące się z różnych przyczyn do pomocy społecznej uzyskują jednocześnie uprawnienia do bezpłatnego korzystania ze wszystkich świadczeń społecznej służby zdrowia.

O p i e k a z d r o w o t n a o p a r t a g ł ó w n i e n a z a s a d z i e u b e z p i e c z e ń — dominuje obecnie w większości krajów europejskich oraz w niektórych krajach pozaeuropejskich, np. w Japonii i innych.

Istniejące obecnie formy ubezpieczeń chorobowych różnią się znacznie w poszczególnych krajach, zarówno co do ich charakteru formalnego (prywatne, społeczne, państwowe), jak i co do wysokości

wpłat wnoszonych przez ubezpieczonego, odsetka objętej ubezpieczeniami ludności oraz zakresu świadczeń udzielanych z tytułu ubezpieczeń.

System opieki zdrowotnej oparty na zasadzie ubezpieczeń jest niewątpliwie korzystniejszy niż systemy omawiane poprzednio, udostępnia bowiem ludności w większym stopniu podstawowe świadczenia zdrowotne. Nie obejmuje jednak pełnego zakresu działania współczesnej ochrony zdrowia, ograniczając się w zasadzie do indywidualnej opieki leczniczej. W zakresie działalności profilaktycznej, zwłaszcza profilaktyki pierwszej fazy (problematyka zdrowia publicznego) oraz w zakresie funkcji pomocniczych ochrony zdrowia (szkolenie kadr medycznych, oświata zdrowotna, działalność badawczo-naukowa, współpraca międzynarodowa, koordynacja działania służb zdrowotnych), system ten musi być uzupełniony działalnością służb państwowych.

Opieka zdrowotna oparta na zasadzie planowania i budżetowania ochrony zdrowia przez państwo została po raz pierwszy wprowadzona w Związku Radzieckim. W następstwie zmian światowych dotyczących stosunków politycznych, społecznych i ekonomicznych po II wojnie światowej system ochrony zdrowia oparty na zasadzie planowania i budżetowania jej przez państwo został wprowadzony sukcesywnie także i w innych krajach obozu socjalistycznego, między innymi w Polsce.

Stwarza on realne możliwości:

a) objęcia pełnego zakresu działania współczesnej ochrony zdrowia (zarówno jej głównych, jak i pomocniczych funkcji) w ramach jednolitego systemu organizacyjnego państwowej służby zdrowia;

b) proporcjonalnego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych w gospodarczym, ekonomicznym i kulturalnym rozwoju społeczeństwa (poprzez włączenie zadań ochrony zdrowia do narodowych planów gospodarczych i budżetowych);

c) powszechnego objęcia opieką profilaktyczno-leczniczą całej ludności (zniesienie barier ekonomicznych i organizacyjnych).

Wpływ doświadczeń krajów socjalistycznych w dziedzinie planowania i zabezpieczenia ekonomicznych podstaw działania ochrony zdrowia przez państwo znalazł także w okresie powojennym swoje odzwierciedlenie w zasadach reformowania służb zdrowia w niektórych państwach kapitalistycznych. W roku 1948 Wielka Brytania

i Nowa Zelandia wprowadziły system służby zdrowia w znacznym stopniu oparty na zasadzie planowania i budżetowania ochrony zdrowia przez państwo. Podobne tendencje są widoczne w coraz większym stopniu w państwach skandynawskich oraz w krajach rozwijających się ekonomicznie (tzw. krajach trzeciego świata).

3. CHARAKTERYSTYKA SYSTEMÓW OCHRONY ZDROWIA W ŚWIECIE WSPÓŁCZESNYM

Rozwój i przeobrażenie zasad organizowania ochrony zdrowia we współczesnym świecie znajdują między innymi swoje odzwierciedlenie w ogólnej strukturze organizacyjnej personelu, instytucji ustawodawstwa, ekonomiki i administracji opieki zapobiegawczo-leczniczej w poszczególnych krajach. Struktury te są określane pojęciem systemów organizacyjnych ochrony zdrowia.

Podstawowym elementem tych systemów są służby zdrowia, których zadaniem jest fachowe zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa oraz stwarzanie odpowiednich warunków pracy dla personelu wykonującego świadczenia zdrowotne.

Podejmując próbę porównawczej charakterystyki systemów organizacyjnych ochrony zdrowia w poszczególnych krajach należy pamiętać o tym, że zarówno ogólny system ochrony zdrowia, jak i służba zdrowia danego kraju są integralną częścią jego struktury społecznej i administracyjnej. Tak więc główne zasady polityki ekonomicznej, społecznej i kulturalnej znajdują swe bezpośrednie odzwierciedlenie w zasadach ich organizowania, zarządzania i działalności.

Charakteryzując z tego punktu widzenia istniejące w świecie systemy organizacyjne ochrony zdrowia można zaproponować następujący podział uproszczony, uwzględniający dwa główne typy systemów, odpowiadające podstawowym formacjom społeczno-ekonomicznym istniejącym w świecie współczesnym:

typ A — system organizacji ochrony zdrowia formacji kapitalistycznej,

typ B — system organizacji ochrony zdrowia formacji socjalistycznej.

Motywy działania państwa na rzecz zdrowia społecznego wynikają przede wszystkim z założeń ideologicznych danej formacji społecznej. W ustrojach państwowych formacji kapitalistycznej motywy te kształtują się aktualnie jako wynik kompromisu między dwiema przeciwstawnymi tendencjami:

1. Klasa rządząca nie jest zainteresowana dobrowolnym podziałem dochodu narodowego na rzecz socjalnego i zdrowotnego zabezpieczenia ogółu społeczeństwa, dlatego troskę o zdrowie stawia przede wszystkim jako sprawę osobistą obywatela, tolerując swobodę działania różnorodnych instytucji pozarządowych i osób prywatnych w dziedzinie ochrony zdrowia oraz komercjalizację świadczeń i środków leczniczych.

2. Nacisk postępowych sił społecznych, precedensy rozwoju społecznych służb zdrowia w krajach socjalistycznych oraz obiektywna konieczność zabezpieczenia przeciwepidemicznego i utrzymania potencjału biologicznego społeczeństwa ze względów ekonomicznych i militarnych — zmuszają jednak państwa kapitalistyczne do coraz szerszej ingerencji w zagadnienia zdrowia społeczeństwa, do organizowania publicznej służby zdrowia obejmującej te zakresy działania, które wykraczają poza sferę możliwości lub zainteresowania instytucji pozarządowych i prywatnych oraz do udostępnienia podstawowej opieki leczniczej szerszemu ogółowi społeczeństwa.

Dynamika rozwoju systemów organizacyjnych ochrony zdrowia w poszczególnych krajach kapitalistycznych jest różna w zależności od siły oddziaływania wymienionych motywów. Główną ich wspólną cechą jest wyodrębnienie się dwóch niezależnych pionów służby zdrowia;

1) zdrowia publicznego, za które bierze odpowiedzialność państwo, obejmującego w zasadzie opiekę higieniczną i przeciwepidemiczną, oświatę zdrowotną, zwalczanie chorób o dużym znaczeniu społecznym oraz działalność badawczo-naukową;

2) indywidualnej opieki leczniczej zróżnicowanej z kolei na dwa niezależne piony:

a) podstawowej opieki leczniczej prowadzonej w poszczegól-

nych krajach bądź w ramach indywidualnej odpłatności, bądź w ramach ubezpieczeń (prywatnych, społecznych lub państwowych) oraz

b) instytucyjnej (głównie szpitalnej) opieki leczniczej, obejmującej z zasady także opiekę specjalistyczną i pomoc doraźną, a prowadzoną przez instytucje o różnym charakterze (np. przez państwo w zakresie niektórych chorób społecznych, zakaźnych i psychicznych; przez terenowe władze samorządowe w zakresie podstawowej opieki szpitalnej oraz przez różnorodne instytucje charytatywne, kongregacyjne i prywatne).

Podział funkcjonalny i administracyjny zarówno działalności profilaktycznej, leczniczej, jak i w obrębie samej opieki leczniczej, różnorodność organów i właścicieli prowadzących poszczególne zakresy działania i instytucje opieki zdrowotnej, zróżnicowanie jakościowe i ilościowe świadczeń zdrowotnych w zależności od możliwości płatniczych jednostki, nierównomierność rozwoju poszczególnych służb, rozmieszczenie sieci zakładów i kadry fachowej — uniemożliwiają zarówno zabezpieczenie pełnego zakresu działania ochrony zdrowia w jednolitym systemie organizacyjnym, jak i planowego skoordynowanego rozwoju kompleksowej opieki zdrowotnej dla całego społeczeństwa.

Oprócz wymienionych ogólnych cech wspólnych, w zależności od specyfiki warunków w danym kraju, zarysowuje się dość znaczna rozmaitość rozwiązań organizacyjnych służb zdrowia w poszczególnych państwach formacji kapitalistycznej. Spostrzega się rozpiętość taką, jaka istnieje np. między lecznictwem głównie prywatnym i filantropijnym w Stanach Zjednoczonych, a powszechną opieką leczniczą w Wielkiej Brytanii. Ze względów poglądowych wydaje się uzasadnione dodatkowe wydzielenie zarysowujących się różnic modelowych, według stopnia i zasad dokonanych reform organizacyjnych.

Tak więc w ramach systemu organizacyjnego ochrony zdrowia formacji kapitalistycznej można wyróżnić co najmniej 3 zasadnicze odmiany modelowe:

1) model północnoamerykański,
2) model zachodnioeuropejski,
3) model brytyjski.

Północnoamerykański model służby zdrowia, występujący obecnie w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, Kanadzie i Australii, charakteryzuje się przede wszystkim tym, że większość zagadnień opieki leczniczej jest oparta na działalności instytucji prywatnych (lekarze ogólni i specjaliści, większość szpitali i instytucji opieki zamkniętej, ubezpieczenia chorobowe oraz produkcja i dystrybucja leków, sprzętu medycznego itp.). Rolę uzupełniającą, zwłaszcza w zakresie opieki nad matką i dzieckiem, nad starcami oraz w zwalczaniu chorób o dużym znaczeniu społecznym, odgrywają także organizacje dobrowolne.

Państwo prowadzi tzw. publiczną służbę zdrowia, obejmującą te zakresy działania, które nie mogą być zabezpieczone lub leżą poza sferą zainteresowania instytucji prywatnych i dobrowolnych (zwłaszcza wymagające funduszy publicznych i ustawodawstwa), a więc przede wszystkim: zapobiegawczą opiekę higieniczną i przeciwepidemiczną oświatę zdrowotną, zwalczanie chorób o dużym znaczeniu społecznym, opiekę szpitalną w zakresie chorób zakaźnych i psychicznych, statystykę i epidemiologię oraz instytucje badawczo-naukowe.

Wzrastający koszt opieki leczniczej wyzwala w ostatnich latach w tych krajach dość silny napór społeczeństwa na uzyskanie ubezpieczeń chorobowych, opartych dotychczas głównie na zasadzie prywatnych ubezpieczeń dobrowolnych. Od roku 1958 kilka stanów Kanady wprowadziło obowiązkowe ubezpieczenia państwowe, zapewniające ludności podstawową opiekę szpitalną i diagnostyczną. Podobne próby poczyniono także w Australii. Natomiast kilkakrotnie wnoszone projekty ubezpieczeń państwowych w Stanach Zjednoczonych nie zostały przyjęte przez Senat (z wyjątkiem opieki dla rencistów i ludzi ubogich).

Północnoamerykański model służby zdrowia wykazuje dotychczas największe sprzeczności. Kompleksowe planowanie działania i rozwoju ochrony zdrowia, jak również rejonizacja opieki profilaktyczno-leczniczej są w tym systemie niemożliwe ze względu na różnych właścicieli poszczególnych służb i instytucji, kierujących się różnymi motywami działania (głównie zresztą rentownością ekonomiczną).

Zachodnioeuropejski model służby zdrowia. W modelu tym występuje także charakterystyczny dualizm funkcjonalny i organizacyjny między działalnością profilaktyczną (kon-

trolowaną i finansowaną przez państwo) a działalnością leczniczą (opartą głównie na zasadzie ubezpieczeń i odpłatności prywatnej).

Różnice modelowe wyrażają się przede wszystkim w nieco odmiennym charakterze zakresu i metod działania publicznej służby zdrowia, nastawionej przede wszystkim na działalność represyjną, poprzez nadzór bieżący i zapobiegawczy ustawowych norm higieniczno-sanitarnych (kontynuacja dawnej koncepcji „policji sanitarnej"), a zwłaszcza w znacznie większym rozpowszechnieniu systemu ubezpieczeń społecznych i państwowych, udostępniających podstawową opiekę leczniczą i szpitalną szerszemu ogółowi społeczeństwa. Ingerencja państwa w działalność instytucji ubezpieczeniowych jest większa niż w modelu amerykańskim. Przeważają ubezpieczenia obowiązkowe w stosunku do ludności utrzymującej się z pracy najemnej (z wyjątkiem Danii, w której ubezpieczenia są dobrowolne, oraz Szwajcarii, gdzie struktura organizacyjna służby zdrowia jest bardziej zbliżona do modelu amerykańskiego).

Znacznie większą rolę odgrywa także działalność organizacji charytatywnych, kongregacyjnych i innych organizacji dobrowolnych, zwłaszcza w zakresie opieki profilaktycznej nad matką i dzieckiem, nad przewlekle chorymi i starcami, w zwalczaniu niektórych chorób społecznych, a nawet w dziedzinie badawczo-naukowej.

Znany jest nadal podział kompetencji w zakresie publicznej ochrony zdrowia między różnymi resortami, co utrudnia kompleksowe planowanie działalności i rozwoju służby zdrowia (np. szkolna służba zdrowia podlega ministerstwu szkolnictwa, ochrona zdrowia w przemyśle i ubezpieczenia — ministerstwu pracy, ochrona zdrowia w środowisku wiejskim — ministerstwu rolnictwa itp.). W niektórych krajach zachodnioeuropejskich nie ma odrębnego resortu dla spraw zdrowia, a zagadnienia zdrowia publicznego podlegają najczęściej ministerstwu spraw wewnętrznych oraz innym resortom według różnych zakresów działania (np. w RFN).

Zasadnicze elementy modelu zachodnioeuropejskiego znajdują także swoje odzwierciedlenie w strukturze organizacyjnej służb zdrowia niektórych krajów pozaeuropejskich, pozostających pod wpływem ekonomicznym i kulturalnym Europy (np. w Turcji, Maroku, Japonii).

W niektórych państwach reprezentujących zachodnioeuropejski model służby zdrowia są podejmowane w ostatnich latach doświadczalne próby rejonowego zespolenia funkcjonalnego poszczególnych pionów służby zdrowia (np. w Nancy — Francja).

Brytyjski model służby zdrowia. W roku 1948 Wielka Brytania, a w ślad za nią Nowa Zelandia upaństwowiły istniejące instytucje opieki zdrowotnej powołując tzw. Narodową Służbę Zdrowia (National Health Services).

Istota reformy dotyczyła przede wszystkim upowszechnienia opieki leczniczej (szpitale łącznie z opieką specjalistyczną oraz lekarze ogólni) poprzez objęcie całej ludności ubezpieczeniem państwowym (ubezpieczony ponosi opłaty ubezpieczeniowe w wysokości zależnej od jego dochodu oraz częściową odpłatność za leki, zaopatrzenie medyczne i leczenie stomatologiczne).

Model brytyjski jest przykładem najdalej posuniętego reformizmu w systemie służby zdrowia formacji kapitalistycznej. Udostępniając powszechną opiekę leczniczą, nie rozwiązuje się jednak głównych sprzeczności tego systemu, wyrażających się między innymi w podziale funkcjonalnym i administracyjnym głównych zakresów działania ochrony zdrowia, tj. opieki profilaktycznej od leczniczej i opieki ambulatoryjnej od szpitalnej.

Sprzeczności te utrudniają kompleksowe, zrejonizowane działanie służby zdrowia oraz hamują możliwości jej dalszego rozwoju na dotychczasowej bazie ustrojowej.

SYSTEM ORGANIZACJI OCHRONY ZDROWIA FORMACJI SOCJALISTYCZNEJ

Motywy działania na rzecz zdrowia społecznego w państwach formacji socjalistycznej wynikają z podstawowych założeń ideologicznych tego ustroju: rozwój ekonomiczny państwa nie jest celem samym w sobie, lecz ma zapewnić zaspokojenie potrzeb społeczeństwa związanych z optymalnym rozwojem jego sił fizycznych i psychicznych oraz stałym przedłużaniem twórczego życia ludzkiego. Państwo bierze na siebie obowiązek zabezpieczenia pełnego zakresu potrzeb zdrowotnych w równej mierze dla całego społeczeństwa, zarówno poprzez kształtowanie racjonalnego pod względem zdrowotnym środowiska (zadania uwzględniane w każdej dziedzinie działalności państwowej i społecznej), jak i poprzez powszechną, kompleksową opiekę profilaktyczno-leczniczą (zadania służby zdrowia).

Praktyczna realizacja obowiązków państwa w zakresie ochrony zdrowia całego społeczeństwa znajduje zabezpieczenie formalne

w konstytucji i ustawodawstwie oraz zabezpieczenie realne poprzez włączenie zadań ochrony zdrowia do narodowych planów rozwoju gospodarczo-ekonomicznego, społecznego i kulturalnego.

Służba zdrowia w krajach formacji socjalistycznej jest specjalistycznym aparatem państwowym, powołanym do bezpośredniej realizacji zadań państwa w zakresie opieki profilaktyczno-leczniczej nad społeczeństwem. Jej charakterystyczne cechy organizacyjne i funkcjonalne można określić następująco:

1) jest p a ń s t w o w a, tzn. jest integralną częścią struktury administracyjnej państwa, realizuje założenia polityki zdrowotnej państwa oraz jest finansowana z budżetu państwa;

2) jest s p o ł e c z n a, tzn. działa na rzecz i w interesie całego społeczeństwa, zgodnie z postulatami organów przedstawicielskich społeczeństwa, wykorzystując metody i środki działania zarówno natury medycznej, jak i społecznej;

3) jest p o w s z e c h n a, tzn. obejmuje opieką profilaktyczno-leczniczą całą ludność poprzez zapewnienie dostępności tej opieki w sensie formalnym i ekonomicznym (uprawnienia i bezpłatność świadczeń profilaktyczno-leczniczych) oraz w sensie organizacyjnym (odpowiednia dystrybucja sieci zakładów profilaktyczno-leczniczych i kadry fachowej);

4) jest j e d n o l i t a i k o m p l e k s o w a, tzn. że wszystkie piony i instytucje służby zdrowia stanowią łącznie jednolitą całość organizacyjną i funkcjonalną (pod jednolitym kierownictwem), obejmującą pełny zakres działania współczesnej ochrony zdrowia (zarówno funkcje główne, jak i pomocnicze), stosownie do całokształtu potrzeb zdrowotnych społeczeństwa oraz całokształtu dostępnych środków i metod działania profilaktyczno-leczniczego;

5) zachowuje c i ą g ł o ś ć o p i e k i profilaktyczno-leczniczej zarówno w odniesieniu do życia osobniczego jednostki (od poczęcia do zgonu), jak i w odniesieniu do potrzeb dyktowanych aktualnym stanem zdrowia lub choroby (poczynając od ogólnej i swoistej profilaktyki pierwszej fazy w stanie zdrowia do różnych form opieki leczniczej, rehabilitacyjnej lub terminalnej w stanie choroby).

Realizacja tej zasady jest osiągana między innymi przez rejonowe zespolenie funkcjonalne wszystkich instytucji służby zdrowia (stacje sanitarno-epidemiologiczne, zespoły opieki zdrowotnej itd.);

6) jest p r o f i l a k t y c z n i e u k i e r u n k o w a n a, tzn. w każdej fazie działania ochrony zdrowia preferuje wczesne postępowanie zapobiegawcze przed naprawczym; czynnikami sprzyjającymi realizacji tej zasady są przede wszystkim:

a) warunki społeczno-ekonomiczne, umożliwiające powszechne realizowanie zasad profilaktyki pierwszej fazy w całokształcie działalności państwa,

b) zasada rejonizacji opieki profilaktyczno-leczniczej umożliwiająca jednoczesne oddziaływanie zdrowotne na człowieka i jego środowisko,

c) zasada czynnego poradnictwa, aktywizująca działalność profilaktyczno-leczniczą służby zdrowia;

7) jest p l a n o w a, tzn. rozwój jej działania jest kształtowany celowo, zgodnie z tendencjami rozwoju rzeczywistych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, postępem naukowo-technicznym oraz rozwojem ekonomicznym i społecznym państwa;

8) jest o p a r t a n a p o d s t a w a c h n a u k o w y c h, tzn. stosuje metody naukowe i wykorzystuje postęp naukowy zarówno w działaniu poznawczym, jak i w działaniu wykonawczym oraz w zasadach organizowania działalności na rzecz społeczeństwa.

System organizacyjny ochrony zdrowia formacji socjalistycznej jest więc oparty na optymalnych zasadach organizacyjnych (pełny zakres działania, jednolita i kompleksowa organizacja służby zdrowia) oraz na optymalnych podstawach społeczno-ekonomicznych (powszechna opieka profilaktyczno-lecznicza, planowana i budżetowana przez państwo).

W systemie tym traci swoje znaczenie i uzasadnienie termin „publiczna służba zdrowia", stosowany w formacji kapitalistycznej dla odróżnienia organizacji i świadczeń służb państwowych na rzecz zdrowia publicznego od organizacji i świadczeń instytucji pozarządowych i prywatnych na rzecz zdrowia indywidualnego. Uzasadniony natomiast semantycznie i merytorycznie jest termin społeczna służba zdrowia.

Podstawową zasadą działania społecznej służby zdrowia w odróżnieniu od systemu formacji kapitalistycznej jest pełne rejonowe zespolenie funkcjonalne i administracyjne wszystkich służb i instytucji reprezentujących poszczególne funkcje główne ochrony zdrowia.

Tak więc pracownicy fachowi: służby sanitarno-epidemiologicznej, zespołów opieki zdrowotnej i pomocy społecznej działają na rzecz zdrowia ludności określonego rejonu jako „zespół profilaktyczno-leczniczy", zabezpieczający kompleksowo zarówno potrzeby zdrowotne o charakterze publicznym (zapobiegawczy i bieżący nadzór higieniczno-sanitarny nad środowiskiem, oświata zdrowotna, szczepienia ochronne itp.), jak i potrzeby zdrowotne o charakterze indywidualnym (opieka profilaktyczno-lecznicza ambulatoryjna i domowa, pomoc doraźna, opieka szpitalna, opieka rehabilitacyjna, pomoc społeczna w różnych jej formach itp.).

Zasada zespolenia funkcjonalnego wszystkich instytucji społecznych służby zdrowia jest realizowana na wszystkich szczeblach hierarchii organizacyjnej, od podstawowej i specjalistycznej opieki profilaktyczno-leczniczej, a więc od lekarza rejonowego poprzez specjalistów zatrudnionych w terenowych zespołach opieki zdrowotnej, do specjalistycznych przychodni wojewódzkich, klinicznych i instytutowych i do wysoko specjalistycznych szpitali klinicznych i instytutowych itd.

Zasada rejonowego powiązania funkcjonalnego umożliwia praktyczną realizację ciągłej i całościowej (kompleksowej) opieki profilaktyczno-leczniczej dla całej ludności.

Integracja funkcjonalna społecznej służby zdrowia znajduje swe konsekwentne odzwierciedlenie w integracji administracyjnej na wszystkich szczeblach zarządzania.

Minister Zdrowia sprawuje kierownictwo fachowe oraz funkcje koordynacyjne zarówno nad działalnością profilaktyczno-leczniczą, jak i nad zadaniami ochrony zdrowia realizowanymi przy współudziale innych działów administracji państwowej. Resort zdrowia organizuje i nadzoruje bezpośrednio te zakresy działania, które mają znaczenie i zasięg ogólnopaństwowy (instytuty badawczo-naukowe, wyższe szkolnictwo medyczne, współpraca międzynarodowa, opracowanie zagadnień prawnych ochrony zdrowia, zbiorczego planu gospodarczego i budżetowego, informacji statystycznych, epidemiologicznych, itp.).

Nadzór fachowy ministra zdrowia obejmuje także lekarzy wojewódzkich kierujących wydziałami zdrowia i opieki społecznej urzędów wojewódzkich, które są fachowymi organami terenowych władz administracyjnych (w naszym przypadku wojewodów i prezydentów województw miejskich).

Lekarze wojewódzcy działają z upoważnienia wojewodów i są odpowiedzialni za organizowanie i kierowanie całokształtem opieki profilaktyczno-leczniczej, obejmującej wszystkie służby i instytucje wykonujące świadczenia profilaktyczno-lecznicze.

Dobrowolne organizacje społeczne odgrywają pomocniczą rolę w działalności służby zdrowia, zwłaszcza w zakresie oświaty zdrowotnej, w zwalczaniu chorób o dużym znaczeniu społecznym, w opiece nad przewlekle chorymi, starcami itp.

W zarządzaniu społeczną służbą zdrowia dominuje forma zarządzania fachowego (lekarze specjalizowani w zakresie organizacji ochrony zdrowia, przy współudziale zastępców do spraw administracyjno-ekonomicznych) zarówno na wszystkich szczeblach administracji państwowej (ministerstwo, wydziały), jak i w poszczególnych zespołach opieki zdrowotnej.

W hierarchii zarządzania obowiązuje zasada tzw. c e n t r a l i z m u d e m o k r a t y c z n e g o, wyrażająca się między innymi w centralnym ustalaniu zasad ogólnej polityki zdrowotnej oraz generalnego planu działania i rozwoju służby zdrowia, w oparciu o postulaty i programy potrzeb terenowych. W ostatnich latach, w miarę utrwalania się zasad organizacji i działania społecznej służby zdrowia, postępuje proces racjonalnej decentralizacji zarządzania.

W krajach socjalistycznych, które opierając się na doświadczeniach Związku Radzieckiego wprowadziły w okresie powojennym system społecznej służby zdrowia, istnieją pewne różnice modelowe, zależne od specyfiki potrzeb i możliwości ekonomicznych tych krajów oraz od aktualnego zaawansowania przemian organizacyjnych, rozwoju sieci instytucji, kadr fachowych itd.

Odmiany modelowe nie są jednak na tyle znamienne, aby odbiegały od omówionych zasad ogólnych systemu ochrony zdrowia formacji socjalistycznej. Wyrażają się one np. w różnym stopniu zespolenia organizacyjnego i administracyjnego poszczególnych instytucji służby zdrowia na szczeblu terenowym (przykładem najdalej posuniętej integracji organizacyjnej mogą być nasze zespoły opieki zdrowotnej lub terytorialne „zakłady zdrowia narodowego" w Czechosłowacji, obejmując jako jednolita jednostka administracyjna,

ekonomiczna i funkcjonalna — szpitale, przychodnie opieki otwartej i przemysłowej, stacje sanitarno-epidemiologiczne, ośrodek oświaty zdrowotnej, szkoły średnie medyczne, zaopatrzenie w środki lecznicze itd.), w stopniu zespolenia opieki zdrowotnej i społecznej (przykładem najdalej posuniętej decentralizacji zarządzania może być społeczna służba zdrowia w Jugosławii), w stopniu objęcia ludności uprawnieniami do bezpłatnych świadczeń leczniczych itp.

Zgodnie ze współczesnym pojęciem istoty zdrowia działanie na rzecz zdrowia społeczeństwa w tym systemie ma na celu rozwinięcie i utrzymanie zarówno optymalnej sprawności biologicznej (psychicznej i fizycznej) człowieka, jak i jego optymalnej sprawności społecznej. Cel ten jest praktycznie realizowany poprzez zabezpieczenie przez państwo możliwie pełnego, kompleksowego wykorzystania metod i środków natury medycznej oraz metod i środków natury społecznej zarówno w indywidualnej, jak i zbiorowej opiece profilaktyczno-leczniczej.

ORGANIZACJA OCHRONY ZDROWIA W KRAJACH ROZWIJAJĄCYCH SIĘ EKONOMICZNIE I KULTURALNIE (TZW. KRAJACH TRZECIEGO ŚWIATA)

W wyniku ogólnoświatowych przemian politycznych i społecznych po II wojnie światowej wiele krajów Azji, Afryki i Ameryki Łacińskiej wyzwoliło się z dotychczasowej zależności kolonialnej lub półkolonialnej, uzyskując samodzielność państwową. W problematyce rozwoju społeczno-ekonomicznego tych krajów zagadnienia ochrony zdrowia ludności zajmują pozycję dominującą, warunkując w dużym stopniu ich dalszy rozwój biologiczny i społeczny.

Przedwczesna wydaje się obecnie możliwość określenia systemu organizacji ochrony zdrowia w tych krajach ze względu na stosunkowo krótki okres ich samodzielnej egzystencji oraz różnorodne wpływy kształtujące koncepcje rozwoju opieki zdrowotnej (np. uprzedni wpływ zależności od krajów kolonizujących albo aktualny wpływ opinii doradców i rzeczoznawców, reprezentujących kraje o różnych systemach organizacyjnych ochrony zdrowia). Niemniej podobne na ogół potrzeby zdrowotne oraz wyjściowe warunki społeczno-ekonomiczne uwidaczniają się w wielu wspólnych celach,

charakteryzujących podstawowe zasady formowania struktur organizacyjnych ochrony zdrowia w tych krajach.

Do specyficznych czynników determinujących zakres i zasady rozwoju ochrony zdrowia w krajach Trzeciego Świata należy zaliczyć przede wszystkim:

1) masowe rozpowszechnienie chorób zakaźnych i pasożytniczych oraz chorób z niedożywienia, które stanowią bezpośrednie zagrożenie egzystencji biologicznej i społecznej tych krajów (dla przykładu: wskaźnik umieralności niemowląt przekracza kilkakrotnie wskaźnik krajów rozwiniętych ekonomicznie i wynosi od 100 do 200 zgonów na 1000 urodzeń żywych; wskaźnik umieralności ogólnej jest również dużo wyższy niż w krajach rozwiniętych i waha się od 20 do 30 na 1000 mieszkańców; średni okres przeżycia jest ponad dwukrotnie mniejszy i wynosi 32—34 lata w porównaniu z około 70 latami w krajach rozwiniętych);

2) złe warunki środowiskowe, które są głównymi przyczynami nasilenia chorobowości w tych krajach (dla przykładu: według oceny ONZ ponad 50% ludności krajów Azji, Afryki i Ameryki Łacińskiej nie ma stałego domu lub mieszka w slumsach; spośród $^2/_3$ ludności świata niedożywionej ilościowo lub jakościowo olbrzymią większość stanowią mieszkańcy krajów słabo rozwiniętych ekonomicznie; znaczny odsetek ludności tych krajów jest pozbawiony odpowiednich źródeł wody, kanalizacji i regulacji wód powierzchniowych);

3) niski poziom oświaty i kultury ogólnej oraz niekorzystna struktura społeczna (przewaga prymitywnych i izolowanych środowisk wiejskich, duże zróżnicowanie plemienne i kastowe, skrajne ubóstwo większości społeczeństwa), które utrudniają wykorzystanie lokalnej inicjatywy i odpowiedzialności w zakresie poprawy warunków higieniczno-sanitarnych;

4) brak bazy materialnej (zakładów i sprzętu) oraz fachowych kadr medycznych, co utrudnia skuteczne zabezpieczenie podstawowych potrzeb profilaktyczno-leczniczych ogółu społeczeństwa.

Program działania na rzecz zdrowia społeczeństwa w tych krajach z zasady uwzględnia:

a) konieczność podjęcia przez państwo obowiązku centralnego planowania, kierowania i finansowania ochrony zdrowia całego społeczeństwa;

b) konieczność kompleksowego działania w zakresie ochrony zdrowia poprzez zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych ludności w ogólnopaństwowych planach rozwoju gospodarczego, społecznego i kulturalnego;

c) konieczność profilaktycznego ukierunkowania ochrony zdrowia poprzez szczególne uwzględnienie zakresu i metod profilaktyki pierwszej fazy (kształtowanie sanitarno-higienicznych warunków środowiskowych, żywienie, oświata zdrowotna, profilaktyka swoista chorób zakaźnych i pasożytniczych itp.) oraz poprzez szczególne uprzywilejowanie w opiece profilaktyczno-leczniczej grup ludności najbardziej narażonych na działanie czynników chorobotwórczych (kobiety ciężarne, małe dzieci);

d) konieczność szybkiego przygotowania fachowej kadry medycznej;

e) konieczność sukcesywnego rozwoju terenowych zespołów i instytucji opieki profilaktyczno-leczniczej w celu zabezpieczenia podstawowych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa oraz pobudzenia inicjatywy i odpowiedzialności lokalnej.

W większości krajów Trzeciego Świata (np. Indie, Birma, Sri Lanka, Indonezja, Ghana i inne) zasady te znajdują już swoją formalne i realne odzwierciedlenie w postaci tzw. planów zrównoważonego rozwoju społecznego i ekonomicznego, w których zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych — zarówno natury publicznej, jak i indywidualnej — stanowi bardzo istotną część.

Szeroki zakres potrzeb przy ograniczonych środkach materialnych i kadrowych oraz stosunkowo małej inicjatywie i odpowiedzialności lokalnej wpływa na to, że rozwój terenowej służby zdrowia nie obejmuje równomiernie całego kraju. W pierwszym etapie są zwykle tworzone tzw. strefy modelowe obejmujące wydzielone części kraju, w których stosownie do możliwości materialnych i kadrowych rozwój organizacyjny służby zdrowia jest szybszy niż w pozostałych częściach kraju. Strefy modelowe stanowią jednocześnie (oprócz określonych celów utylitarnych) teren doświadczalny dla różnych metod i technik organizacyjnych, dostosowanych do miejscowych potrzeb zdrowotnych i warunków społecznych oraz do szkolenia i wdrażania zawodowego pracowników medycznych i pomocniczych.

Spośród wielu projektów organizacji terenowej opieki profilaktyczno-leczniczej utrwala się od kilkunastu lat w wymienionych krajach model tzw. obwodów zintegrowanej opieki zdrowotnej, podobny pod względem zasad organizacyjnych, choć różny co do wielkości w poszczególnych krajach. Obwody zintegrowanej opieki zdrowotnej zostały po raz pierwszy wprowadzone w Indiach.

Obejmują one w tym kraju około 20—22 tysięcy ludności. Podstawową instytucją w obwodzie jest ośrodek zdrowia I stopnia, kierowany przez lekarza wiejskiego, któremu podlega zespół złożony z farmaceuty, pielęgniarek, instruktora oświaty zdrowotnej, inspektorów sanitarnych oraz położnych. Ośrodek dysponuje własną apteką, oddziałem łóżkowym dla krótkotrwałej obserwacji, gabinetem zabiegowym i podstawowym zestawem laboratoryjnym. Zadania zespołu ośrodka obejmują pomoc profilaktyczną oraz leczniczą dla ludności podległego obwodu.

W celu pobudzenia inicjatywy i odpowiedzialności lokalnej w poszczególnych wioskach i osiedlach są organizowane komisje zdrowia, koordynowane przez komisję zdrowia obwodu, której sekretarzem jest lekarz ośrodka zdrowia. Każdy spośród członków miejskiej komisji zdrowia jest odpowiedzialny za lokalny nadzór jednego z podstawowych zakresów opieki zdrowotnej (stan higieniczno-sanitarny środowiska, stan epidemiologiczny i szczepienia ochronne, opieka nad matką i dzieckiem, zwalczanie malarii oraz sprawozdawczość statystyczna). Sekretarzem i instruktorem fachowym dla członków wiejskich komisji zdrowia jest inspektor sanitarny ośrodka.

Obwodowe ośrodki zdrowia są ściśle powiązane funkcjonalnie z regionalnymi ośrodkami zdrowia II stopnia, które dysponują szerszymi możliwościami diagnostycznymi i leczniczymi, łącznie z zespolonym szpitalem (koncepcja wielofunkcyjnego centrum opieki zdrowotnej).

Omówiony system zintegrowanej terenowo opieki profilaktyczno-leczniczej, jednolity organizacyjnie i administracyjnie, jest coraz powszechniej akceptowany w wielu innych krajach Azji, Afryki i Ameryki Łacińskiej, czego dowodem mogą być coraz liczniej powstające strefy modelowe, oparte na tych samych lub podobnych zasadach.

Rozdział III

ZDROWIE LUDNOŚCI I JEGO OCENA

1. POJĘCIE EPIDEMIOLOGII

Dokonywania ocen stanu zdrowia ludności należy szukać w dziedzinie zainteresowań epidemiologii. Przed laty jednak epidemiologia stanowiła dyscyplinę zajmującą się występowaniem i zwalczaniem chorób zakaźnych. Współczesna epidemiologia obejmuje zakresem swych badań także choroby niezakaźne, które w ostatnich latach odgrywają dominującą rolę w patologii zbiorowości ludzkich. Obecnie epidemiologia zajmuje się trzema grupami zagadnień, takimi jak:

1. Opis częstości występowania i terytorialnego rozprzestrzenienia chorób, inwalidztwa, zgonów i innych zjawisk biologicznych w populacjach ludzkich. Dokonywane opisy stanu zdrowia populacji, uwidaczniając najważniejsze problemy zdrowotne, stanowią podstawę planowania działalności profilaktyczno-leczniczej służby zdrowia. Informacje o rozpowszechnieniu chorób w całej populacji lub w grupach ludności wyróżnionych na podstawie takich cech, jak np. płeć, wiek, zawód, stan rodzinny, miejsce zamieszkania, pozyskiwane być mogą z rutynowej, bieżącej sprawozdawczości instytucji służby zdrowia lub też dzięki specjalnie podejmowanym badaniom. Tę dziedzinę epidemiologii nazywamy epidemiologią opisową.

2. Badanie czynników przyczynowych warunkujących występowanie i rozpowszechnianie chorób, przez tworzenie, a następnie weryfikację hipotez etiologicznych. Dziedzina ta — epidemiologia analityczna — rozwiązuje istotne problemy dotyczące głównie przyczyn występowania chorób niezakaźnych, które nie są wywoływane pojedynczym czynnikiem etiologicznym (wirusy, bakterie), lecz z reguły wieloma wzajemnie powiązanymi czynnikami różnej natury.

3. Dostarczanie danych oceniających skuteczność podejmowanych działań profilaktycznych i leczniczych — przez prowadzenie tzw. badań interwencyjnych, czy też losowych badań kontrolowanych. Zastosowanie bowiem w całej populacji dziecięcej szczepionki przeciw polio czy przeciw każdej innej chorobie wymagało uprzedniego potwierdzenia jej skuteczności w drodze badań eksperymentalnych. Wprowadzenie na rynek nowego leku wymaga również uprzedniej oceny jego skuteczności. Bardziej szczegółowe omówienie tej dziedziny epidemiologii tj. epidemiologii eksperymentalnej, jak i poprzedniej — analitycznej przekracza ramy niniejszego podręcznika.

2. DEFINICJE ZDROWIA

Pojęcie zdrowia, jak i przeciwne mu pojęcie choroby, choć tak często używane, nie są łatwe do zdefiniowania. Dokładne określenie granicy między zdrowiem a chorobą — między fizjologią a patologią — nawet przy obecnym stanie wiedzy jest nadal trudne. Oczywiście w przypadku dużych zmian patologicznych, gdy występują jawne, wyraźne objawy chorobowe (np. ból, gorączka, krwawienie) określenie stanu zdrowia, w tym rozeznanie choroby, nie powoduje na ogół trudności. Osoba z takimi dolegliwościami najczęściej sama szuka pomocy lekarskiej. Natomiast badając grupy osób pozornie zdrowych (np. w trakcie badań profilaktycznych) spotyka się przypadki, które na pewno nie należą do zjawisk fizjologicznych, lecz nie mogą być także podstawą do jednoznacznego rozpoznania określonych chorób i podjęcia stosownego leczenia. Niektóre zmiany pojawiające się niejako „fizjologicznie" u osób starszych (np. małe zmiany zwyrodnieniowe stawów kręgosłupa, niewielkie powiększenie lewej komory serca) u pacjentów w młodszych grupach wieku stają się przedmiotem dyskusji i wątpliwości interpretacyjnych.

Zdrowie — według Światowej Organizacji Zdrowia — to nie tylko brak choroby czy niedomagania, ale pełnia dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego.

Definicja ta jest najbardziej znaną, lecz ostatnio coraz częściej krytykowaną jako zbyt idealistyczna i abstrakcyjna. Główny zarzut dotyczy trudności pomiaru (oceny) subiektywnych składowych tak rozumianego zdrowia. W związku z tym powstają problemy z wykorzystaniem tej definicji w praktyce, tj. zarówno w odniesieniu do zdrowia jednostki, jak i zbiorowości ludzkich.

Twórca polskiej medycyny społecznej M. Kacprzak zdrowiem nazywa nie tylko brak choroby czy niedomagania, ale dobre samopoczucie oraz taki stopień przystosowania się biologicznego, psychicznego i społecznego, jaki jest osiągalny dla danej jednostki w najkorzystniejszych warunkach.

Z kolei B. Kożusznik nazywa zdrowiem zasób energii biologicznej, który umożliwia fizjologiczne funkcje ustroju, jego rozwój fizyczny i psychiczny, świadome i celowe działanie, rozmnażanie się oraz pokonywanie przeciwstawnych bodźców środowiskowych.

Trudności w definiowaniu zdrowia pogłębiają się przy rozważaniach dotyczących stanu zdrowia populacji. Rozpoznanie np. zawału mięśnia sercowego czy różyczki nie nastręcza na ogół trudności diagnostycznych i ocena stanu zdrowia osób dotkniętych tymi chorobami nie jest trudna. Lekarze określają stan osób ze świeżym zawałem jako ciężki, poważny, groźny, zły itp. Pacjenci z różyczką są najczęściej — mimo tej choroby — w „dobrym stanie". Powyższe — dość subiektywne i dalekie od precyzji — określenia stanu zdrowia jednostki nie mogą być wykorzystywane do oceny stanu zdrowia populacji. W praktyce określa się go bowiem liczbowo, tj. częstością, intensywnością, nasileniem występowania w badanej populacji zjawisk zdrowotnych (chorób, zgonów, inwalidztwa). Gdyby na terenie dużego miasta wystąpił tylko jeden przypadek zawału mięśnia sercowego w ciągu roku i gdyby nawet zakończył się on niepomyślnie, można by z całym zadowoleniem stwierdzić, że sytuacja zdrowotna w odniesieniu do tej choroby jest bardzo dobra (populacja „bardzo zdrowa" pod tym względem). Gdyby z kolei na terenie jakiegoś małego miasteczka odnotowano kilka przypadków zawału mięśnia sercowego w ciągu roku, to należałoby stwierdzić, że sytuacja zdrowotna jest tu o wiele gorsza niż w dużym mieście. Do obiektywnej, liczbowej oceny stanu zdrowia populacji oraz do wszelkich porównań w tym zakresie stosowane są współczynniki opisujące częstość występowania chorób, czy też zgonów. Współczynniki te nazywamy negatywnymi miernikami stanu zdrowia, gdyż w gruncie rzeczy nie oceniają one zdrowia, ale braki w tym zdrowiu. Przedstawimy je w następnym podrozdziale. Wspomnieć należy jeszcze o tzw. pozytywnych (bezpośrednich) miernikach stanu zdrowia populacji. Opierają się one na specjalnych badaniach

sprawności fizycznej, próbach wydolności i adaptacji poszczególnych układów, czy też na charakterystykach rozwoju somatycznego grup ludności (badania spirometryczne, ergometryczne, poziom hemoglobiny, grubość fałdu skórno-tłuszczowego itp.). Mierniki te są wprawdzie obiecujące, lecz w chwili obecnej mogą być traktowane wyłącznie jako uzupełnienie mierników negatywnych.

3. MIERNIKI ROZPOWSZECHNIANIA ZJAWISK ZDROWOTNYCH W POPULACJI

W ocenie rozpowszechnienia chorób można posługiwać się bądź liczbami bezwzględnymi (np. w woj. szczecińskim w 1975 roku zanotowano 350 nowych przypadków kiły i 3438 przypadków rzeżączki), bądź też — co jest bardziej uzasadnione — współczynnikami, tj. liczbami względnymi powstającymi przez odniesienie liczby bezwzględnej obserwowanych chorób czy zgonów do przeciętnej liczebności populacji, w której zjawiska te zachodzą w obserwowanym okresie.

Współczynnik zapadalności, czyli zachorowalności (Wz), określa liczbę nowych zachorowań na omawianą jednostkę chorobową, tj. liczbę zachorowań, które rozpoznano jedynie w analizowanym roku, w przeliczeniu na 100, 1000, 10 000 lub 100 000 ludności (czyli w przeliczeniu na 10^n)

$$Wz = \frac{\text{liczba nowych przypadków zachorowań}}{\text{przeciętna liczebność populacji}} \times 10^n$$

Oczywiście, np. w 1980 roku spośród wszystkich osób chorych na gruźlicę, pozostających pod opieką poradni przeciwgruźliczych, część osób zachorowała w tymże roku (i ta część stanowiłaby licznik współczynnika zapadalności na gruźlicę), lecz znaczna część osób zachorowała w roku 1979, a nawet jeszcze wcześniej i z racji tego, iż gruźlica jest chorobą przewlekłą, może nadal pozostawać pod opieką poradni w roku 1980.

Współczynnik chorobowości okresowej (Wchok) za cały okres od 1 I do 31 XII 1980 roku z powodu gruźlicy zawierałby w liczniku obie grupy chorych tzn. nowe przypadki + „stare"

z okresu poprzedniego. Jest on więc zawsze wyższy od współczynnika zapadalności.

$$\text{Wchok} = \frac{\text{liczba wszystkich przypadków choroby}}{\text{przeciętna liczebność populacji}} \times 10^n$$

Licznikiem współczynnika chorobowości punktowej (Wchp) jest natomiast liczba chorych na analizowaną chorobę konkretnego dnia — najczęściej pierwszego lub ostatniego dnia roku, lub też na ostatni dzień czerwca bez względu na to, od jak dawna chorują. Współczynnika tego nie oblicza się dla krótkotrwałych chorób zakaźnych, np. grypy, rzeżączki.

$$\text{Wchp} = \frac{\text{liczba chorych w analizowanym „punkcie" czasu}}{\text{liczebność populacji w tym dniu}} \times 10^n$$

Współczynnik umieralności ogólnej (Wuo), zwany też współczynnikiem zgonów, zawiera w liczniku ogólną liczbę zgonów z powodu wszystkich przyczyn w analizowanym roku, z reguły obliczony na 1000 osób (patrz także podrozdział „Elementy demografii").

$$\text{Wuo} = \frac{\text{ogólna liczba zgonów}}{\text{przeciętna liczebność populacji}} \times 1000$$

Jeżeli natomiast w liczniku umieści się np. liczbę zgonów z powodu konkretnej przyczyny (gruźlicy, nowotworów, wypadków), to obliczony współczynnik należy nazwać szczegółowym (specyficznym) współczynnikiem zgonów (z powodu gruźlicy, nowotworów, wypadków). Podobnie też w mianowniku, zamiast przeciętnej liczebności populacji, może się znaleźć np. liczebność populacji kobiet w wieku 20—30 lat, lecz wówczas w liczniku należy umieścić liczbę zgonów odnotowaną w ciągu roku w tej właśnie grupie płci i wieku. Będzie to także szczegółowy współczynnik zgonów. Szczegółowym współczynnikiem umieralności jest także niezwykle ważny współczynnik umieralności niemowląt (Wun), obliczany w sposób nieco odmienny.

$$\text{Wun} = \frac{\text{liczba zgonów niemowląt (poniżej 1 roku życia)}}{\text{liczba urodzeń żywych w ciągu roku}} \times 1000$$

Współczynnik umieralności proporcjonalnej (Wup) to innymi słowy odsetek zgonów z powodu określonej przyczyny w stosunku do ogółu zgonów w danym roku.

$$\text{Wup} = \frac{\text{liczba zgonów z powodu analizowanej choroby}}{\text{ogólna liczba zgonów}} \times 100$$

Aktualne wielkości omówionych tu współczynników zgonów podano w podrozdziale 5.

Współczynnik śmiertelności (Wś) nie służy wprawdzie do oceny częstości zgonów w populacji, lecz należy tu o nim wspomnieć. Określa on mianowicie odsetek zgonów z powodu analizowanej choroby w stosunku do liczby osób chorych na daną chorobę. Innymi słowy jest on miernikiem prawdopodobieństwa zgonu dla osób chorych na analizowaną jednostkę chorobową i świadczy o jej ciężkości.

W ocenie stanu zdrowia nie sposób pominąć sytuacji demograficznej danej populacji. Niektóre współczynniki demograficzne są niejako automatycznie traktowane jako mierniki stanu zdrowia, inne natomiast — jako charakterystyki wpływające na ten stan. Współczynniki rozpowszechnienia chorób można ponadto obliczyć tylko wówczas, gdy dostępne są zarówno informacje zdrowotne (licznik), jak i demograficzne (mianownik). Elementy demografii przedstawiono w punkcie 5.

4. ŹRÓDŁA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA LUDNOŚCI

Źródła danych, które mogą być przydatne w opisie sytuacji zdrowotnej ludności, można podzielić na pierwotne (bezpośrednie) i wtórne (pośrednie) — tab. 1.

Za informacje pierwotne uważane są te dane, które gromadzi się z przeznaczeniem głównie do analizy sytuacji zdrowotnej populacji. Źródłem takich danych są specjalnie organizowane badania stanu zdrowia wybranych grup ludności, np. pracowników zakładu pracy, uczniów szkół, ludności miasta, regionu itp. Informacjami wtórnymi są dane zbierane rutynowo przez różne instytucje i wykorzystywane nie tylko do analizy stanu zdrowia, ale także, a czasami przede wszystkim, do innych celów, np.: planowania i za-

Tabela 1

Źródła informacji wykorzystywanych do oceny stanu zdrowia ludności

Źródła pierwotne (bezpośrednie)	Źródła wtórne (pośrednie) tzw. rutynowa sprawozdawczość służby zdrowia
Specjalnie organizowane badania stanu zdrowia ludności, obejmujące: a) całą populację (np. Polski, jednego miasta, konkretnego zakładu pracy, wydziału lub oddziału produkcyjnego), tzw. badania wyczerpujące b) część populacji dobranej w sposób losowy lub celowy (np. reprezentacja ludności dorosłej miasta, określonej grupy wieku, zawodu itp.), tzw. badania częściowe, losowe, a przy spełnieniu pewnych, określonych warunków reprezentacyjne	I. Wybrane dane demograficzne: a) stan i struktura ludności b) ruch naturalny ludności (urodzenia, zgony, przyrost naturalny) II. Dane o chorobach i ich skutkach a) z dokumentacji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej b) z dokumentacji stacjonarnej opieki zdrowotnej c) z obowiązkowej zgłaszalności niektórych chorób (ostre i przewlekłe choroby zakaźne, nowotwory, choroby zawodowe, choroby psychiczne i układu nerwowego) d) dane o absencji chorobowej e) dane o inwalidztwie (dokumentacja ZUS) f) dane z badań profilaktycznych (badania wstępne, okresowe, katastralne, celowane itd.)

rządzania ochroną zdrowia. Zakres i jakość statystyk zdrowotnych zależą od stopnia rozwoju służb statystycznych i zasięgu rutynowej sprawozdawczości.

Uzyskiwane w ten sposób dane mogą służyć przygotowaniu jedynie wstępnej oceny sytuacji zdrowotnej ludności. Należy pamiętać, że wtórne źródła informacji niosą ze sobą pewne istotne ograniczenia. Podstawowym jest fakt, że dostarczają one danych tylko o tej grupie ludzi chorych, którzy korzystając z opieki medycznej zostali zarejestrowani w odpowiednich placówkach służby zdrowia. Osoby te nie odzwierciedlają ogółu chorych lub zagrożonych chorobą. U wielu bowiem osób choroba przebiega w okresie początkowym bezobjawowo i nie powoduje samoistnego zgłoszenia się w celach diagnostycznych czy leczniczych. W niektórych przypadkach nawet osoby z wyraźnymi objawami choroby nie zgłaszają się samoistnie

do zakładów służby zdrowia bądź wskutek stałego działania tzw. czynników predysponujących do korzystania z opieki zdrowotnej, zależnych głównie od uświadamiania sobie potrzeby tej opieki, bądź też wskutek niewystarczającego działania tzw. czynników umożliwiających korzystanie z opieki zdrowotnej, zależnych głównie od stopnia jej dostępności. Stąd wynika konieczność prowadzenia regionalnych i środowiskowych badań epidemiologicznych. Logan na podstawie pogłębionych badań prowadzonych w Birmingham określił, że stosunek między zarejestrowaną zgłaszalnością (potrzeby zdrowotne wyrażone) a rzeczywistą chorobowością ludności (potrzeby zdrowotne rzeczywiste) wynosi 1 : 7 i jest różny dla poszczególnych chorób, np. dla nadciśnienia tętniczego wynosi 1 : 4, a dla raka szyjki macicy aż 1 : 20.

O opisanych wyżej ograniczeniach statystyk zdrowotnych należy szczególnie pamiętać przy ich wykorzystywaniu do diagnozowania i prognozowania potrzeb zdrowotnych ludności.

INFORMACJE O ZGONACH

Ewidencja umieralności prowadzona jest w Polsce na podstawie kart zgonów wystawianych przez lekarzy lub wyjątkowo przez innych fachowych pracowników służby zdrowia (felczer, położna). Obowiązkiem lekarza wystawiającego kartę zgonu jest:

a) stwierdzenie zgonu,
b) ustalenie przyczyny zgonu,
c) ustalenie tożsamości osoby badanej,
d) stwierdzenie, że nie zachodzi podejrzenie przestępstwa.

W karcie zgonu oprócz danych metrykalnych umieszczona jest przyczyna zgonu wyjściowa, wtórna i bezpośrednia. Statystyki zgonów opracowywane są wyłącznie na podstawie wyjściowej przyczyny zgonu, tzn. tej, która rozpoczęła proces chorobowy prowadzący do zgonu. Korzystając ze statystyk zgonów należy pamiętać zarówno o zaletach, jak i o wadach tego źródła informacji.

Za korzystny należy uznać fakt, że każdy zgon w Polsce jest rejestrowany, a o przyczynie zgonu orzeka lekarz zazwyczaj znający przeszłość zdrowotną zmarłego.

Współczynniki zgonów są dobrymi miernikami występowania chorób o stosunkowo krótkim przebiegu i wysokiej śmiertelności, np.

ostrych zawałów mięśnia sercowego, nowotworów złośliwych. Błędy obciążające statystyki zgonów mogą wynikać z różnych możliwości diagnostycznych i przygotowania zawodowego lekarzy wystawiających kartę zgonu, jak i z trudności w prawidłowym ustaleniu przyczyny zgonu wyjściowej, wtórnej i bezpośredniej.

INFORMACJE O CHOROBACH

S t a t y s t y k i s z p i t a l n e powstają na podstawie karty statystycznej szpitalnej ogólnej, zakładanej chorym w czasie każdorazowego pobytu w szpitalu.

Z różnych informacji znajdujących się w tym dokumencie dla celów statystyk zdrowotnych, najważniejsze są przyczyny hospitalizacji. Karta statystyczna szpitalna ogólna uwzględnia: chorobę zasadniczą wg rozpoznania klinicznego oraz chorobę współistniejącą (jedną, najważniejszą).

Lekarz wypełnia odpowiednią część karty przy wypisie pacjenta ze szpitala, umieszczając obok przyczyny hospitalizacji odpowiednie numery statystyczne (wg MK.Ch.U i Pz).

Statystyki szpitalne, mimo iż należą do bardziej dokładnych i wiarygodnych źródeł informacji, mają dość istotne ograniczenia przydatności dla oceny stanu zdrowia ludności. Należy pamiętać, że nie wszystkie osoby chore wymagają leczenia szpitalnego. W szpitalach leczone są cięższe przypadki, podczas gdy chorzy na taką samą chorobę tylko o lżejszym przebiegu nie są hospitalizowani. Statystyki szpitalne rejestrują przypadki, a nie osoby, tzn. że chory może być kilkakrotnie hospitalizowany z tego samego powodu w okresie sprawozdawczym i każdorazowo będzie miał wystawioną kartę statystyczną. Duża wartość statystyk szpitalnych polega na dokładnej informacji dotyczącej rozpoznania choroby, stawianego na podstawie wyników badań specjalistycznych, laboratoryjnych i sekcyjnych.

D a n e z z a k ł a d ó w a m b u l a t o r y j n e j o p i e k i z d r o w o t n e j są w aktualnie dostępnej formie mniej przydatne do opisu sytuacji zdrowotnej ludności. Rutynowo rejestruje się jedynie liczbę przyjętych pacjentów w poszczególnych poradniach, bez uwzględnienia ich płci, wieku oraz przyczyny zgłoszenia się.

Prowadzona dokumentacja zdrowotna (historia choroby) nie pozwala na dokonywanie zbiorczych zestawień uwzględniających chociażby przyczynę zgłoszenia się do lekarza. Ponadto warto zwrócić uwagę, iż istnieją pewne „obiektywne czynniki", takie jak: różne możliwości diagnostyczne przychodni, różny stopień wyszkolenia lekarzy, w większości przypadków jednorazowy kontakt z pacjentem poprzedzający rozpoznanie, które dość istotnie zmniejszają wartość danych o stanie zdrowia, możliwych do uzyskania z zakładów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

D a n e o c h o r o b a c h p o d l e g a j ą c y c h o b o w i ą z k o w e m u z g ł o s z e n i u l u b r e j e s t r a c j i. W Polsce obowiązkowi zgłoszenia podlegają ostre choroby zakaźne, choroby zawodowe oraz nowotwory, a obowiązkowi rejestracji przez poradnie specjalistyczne — choroby przenoszone drogą płciową i gruźlica. Od kilku lat rejestrowane są także choroby psychiczne.

1. Choroby zakaźne najdłużej podlegają obowiązkowemu zgłaszaniu (1919 r.). Obowiązkiem tym objętych jest 45 chorób zakaźnych. Każdy rozpoznany przez lekarza przypadek choroby zakaźnej, lub jej podejrzenia, powinien być zgłoszony na specjalnej karcie (pocztowej) do przychodni rejonowej chorego oraz do terenowej stacji sanitarno-epidemiologicznej. Uzyskane w ten sposób dane stanowią podstawę do opracowywania bieżącej zachorowalności na choroby zakaźne (sprawozdania tygodniowe i okresowe) na terenie poszczególnych województw oraz w całym kraju. Wiarygodność takich statystyk obniża się wówczas, gdy zgłaszalność określonych chorób nie jest pełna, kompletna.

2. Choroby i zatrucia zawodowe (oraz ich podejrzenie) podobnie jak choroby zakaźne podlegają (zgodnie z Kodeksem Pracy z 1974 r.) obowiązkowi zgłoszenia przez lekarza. Za choroby zawodowe uważane są zarówno ostre, jak i przewlekłe stany powstające wskutek wykonywania zawodu, wynikające z charakteru danej pracy lub z warunków, w których ona się odbywa i będące na liście chorób zawodowych i zatruć przemysłowych (lista ta obejmuje aktualnie 20 pozycji chorobowych*).

W przypadku podejrzenia choroby zawodowej lekarz ma obowiązek zgłoszenia jej do Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sa-

* Według rozporządzenia Rady Ministrów z 18 XI 1983 r. w sprawie chorób zawodowych (Dz.U. Nr 65, poz. 294).

nitarnego, który, korzystając z zaplecza diagnostycznego oraz aparatu wykonawczego stacji sanitarno-epidemiologicznej (jemu podlegającej), a także placówek Społecznej Służby Zdrowia (poradnie chorób zawodowych, oddziały szpitalne itp.), podejmuje ostateczną decyzję o stwierdzeniu (lub nie) choroby zawodowej.

3. Nowotwory — każdy rozpoznany przypadek (lub podejrzenie) nowotworu złośliwego powinien być zgłoszony przez lekarza na odpowiednim druku (Mz-N-1) do ośrodka onkologicznego szczebla wojewódzkiego oraz do Instytutu Onkologii. Na tej podstawie opracowuje się roczne statystyki zachorowalności i chorobowości. Stwierdzona niepełna zgłaszalność chorób nowotworowych obniża nieco wiarygodność obliczonych współczynników zapadalności i chorobowości.

4. Gruźlica i choroby przenoszone drogą płciową podlegają w Polsce obowiązkowej rejestracji przez przychodnie specjalistyczne (chorób płuc i skórno-wenerologiczne). Uzyskane w ten sposób dane są podstawą statystyk chorobowości i zachorowalności na terenie poszczególnych województw i kraju.

Dane o czasowej niezdolności do pracy. Dane o absencji chorobowej poza analizami ekonomicznymi mogą być wykorzystywane do oceny stanu zdrowia ludności. Podstawą tych analiz jest wypełniony przez lekarza (w przypadku stwierdzenia niezdolności do pracy) formularz MZ/L-4a, który oprócz danych osobowych pracownika zawiera numer statystyczny choroby będącej przyczyną zwolnienia (wg trzycyfrowej klasyfikacji chorób), liczbę dni zwolnienia oraz symbol działu gospodarki narodowej. Podobnie jak inne wtórne materiały statystyczne dane o absencji mają pewne ograniczenia. Są to informacje o osobach aktualnie zatrudnionych i ubezpieczonych. Nie dostarczają więc danych o innych grupach ludności, np. osobach w wieku poprodukcyjnym. Na poziom absencji wpływa wiele czynników pozazdrowotnych, takich jak: warunki społeczno-bytowe, dostępność opieki zdrowotnej, stosunki międzyludzkie w zakładzie pracy itp.

Równocześnie nie ma możliwości identyfikacji osób i przypadków absencji, ponieważ u tej samej osoby można kilkakrotnie w ciągu roku orzekać o czasowej niezdolności do pracy z tego samego powodu. Mimo wymienionych ograniczeń dane o absencji chorobowej stanowią interesujące źródło informacji o stanie zdrowia populacji pracującej. Ponadto w wielu chorobach, głównie takich, które rzadko wymagają opieki szpitalnej, absencja wypełnia istotną lukę informacyjną.

Dane o inwalidztwie pochodzą z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Są to dane dotyczące liczby inwalidów oraz chorób i wypadków będących przyczyną wydawania orzeczeń o trwałej niezdolności do pracy. Mogą one spełniać jedynie rolę informacji uzupełniających inne dane o stanie zdrowia ludności.

Dane z masowych badań profilaktycznych mogą być również źródłem informacji o stanie zdrowia ludności, jednak ze względu na swój cel i charakter ograniczone są zwykle do wybranych grup ludności. Do badań takich można zaliczyć: badania wstępne i okresowe pracowników, młodzieży szkolnej, poborowych, studentów.

Zebrane i odpowiednio opracowane dane z takich badań mogą być cennym źródłem informacji o stanie zdrowia tych grup ludności.

Specjalne badania stanu zdrowia ludności. Jak już wspomniano poprzednio, rutynowe źródła informacji umożliwiają dokonanie jedynie wstępnej oceny stanu zdrowia ludności. W celu ustalenia dokładnych częstości wybranych zjawisk zdrowotnych w populacji niezbędne jest przeprowadzenie specjalnego badania epidemiologicznego. Badania takie mogą obejmować swym zakresem całą populację będącą przedmiotem zainteresowania (badania wyczerpujące) lub tylko jej część (badania częściowe).

Badania obejmujące całą populację generalną dostarczają (w przypadku zastosowania poprawnej metodyki) rzetelnych informacji o stanie zdrowia badanych. Są to jednak badania zwykle trudne z punktu widzenia organizacyjnego, kosztowne i długotrwałe. Można nimi objąć co najwyżej populację wybranego zakładu pracy, szkoły czy jednej miejscowości.

W polskim piśmiennictwie można znaleźć wiele przykładów badań oceniających stan zdrowia określonych zbiorowości, głównie załóg zakładów przemysłowych. Jeśli zachodzi potrzeba oceny stanu zdrowia wielotysięcznej populacji, należy zdecydować się na badania częściowe, obejmujące tylko wybraną grupę osób z populacji generalnej. Sposób doboru tej grupy do badania jest szczególnie ważny.

Przeprowadzenie badania częściowego jest uzasadnione i celowe tylko wtedy, gdy uzyskane wyniki można uogólnić, przenieść na populację generalną. Takiego uogólnienia można dokonać tylko wówczas, gdy badana próba jest dobrym reprezentantem populacji generalnej.

Przykładem bardziej znanego badania reprezentacyjnego, mającego na celu ocenę częstości występowania przewlekłych nieswoistych chorób układu oddechowego, jest badanie zrealizowane pod kierunkiem F. Sawickiego na terenie Krakowa, czy też badanie oceniające częstość nerwic wśród mieszkańców Warszawy (Z. Bizoń).

Ramy tego podręcznika nie pozwalają na szerszy opis założeń metodycznych i organizacyjnych badań oceniających rozpowszechnienie zjawisk zdrowotnych. Ich organizacją zajmują się zwykle odpowiednio przygotowane zespoły naukowo-badawcze.

5. ELEMENTY DEMOGRAFII

Słowo demografia pochodzi z połączeń dwóch greckich słów: *demos* — lud i *grapheis* — opis, oznacza więc dosłownie „opis ludności". Rozpowszechniła się jednak nazwa demografia w znaczeniu nauki o ludności.

Przedmiotem zainteresowania demografii jest zbiorowisko ludzkie — populacja — badana z punktu widzenia biologicznego, społecznego i gospodarczego. Może to być ludność określonego kontynentu, kraju, województwa, ludność żyjąca w określonym momencie, urodzona w określonych latach, ludność pewnej grupy społecznej itd.

Demografia bada zjawiska zachodzące w społeczeństwie ludzkim, fakty przeobrażające strukturę i liczebność ludności. Fakty te mogą być natury biologicznej (zgony), bądź też społeczno-ekonomicznej (migracje, zmiany stanu cywilnego, zmiany zajęcia itd.).

Zmiany ludnościowe i rozwój ludności powodują ciągły ruch i ciągłe jej przekształcanie się. Ludność jest więc zbiorowością dynamiczną. Niezależnie od kryterium terenu można poddawać analizie „ludność" jakiegoś zawodu, warstwy społecznej, określonej płci bądź grupy wieku.

W demografii jako nauce można zaobserwować rozwój trzech działów. Są to:

1) statystyka ludności lub statystyka demograficzna;
2) teoria rozwoju ludności;
3) polityka ludnościowa (polityka demograficzna).

Przez statystykę ludności w znaczeniu konwencjonalnym rozumiemy rejestrację faktów demograficznych, a więc rejestrację małżeństw, urodzeń, zgonów itd. Wraz z rozwojem tej dziedziny demografii statystykę ludności podzielono na dwie części: statystykę stanu ludności i statystykę ruchu ludności. Statystyka stanu ludności to dane o liczebności, strukturze i rozmieszczeniu ludności oraz metody służące do poznania tych wielkości. Pod mianem statystyki ruchu ludności rozumie się ciągłe zbieranie danych dotyczących ruchu naturalnego i wędrówkowego ludności.

Teoria rozwoju ludności zajmuje się dociekaniami poświęconymi poznaniu mechanizmu rozwoju ludności. Tę część demografii nazywa się często demografią teoretyczną lub demografią czystą. Obejmuje ona przede wszystkim zagadnienia reprodukcji i prognoz ludnościowych.

Polityka ludnościowa to dział demografii badający prawa rządzące rozwojem ludności i określający normy regulujące ten rozwój. W zależności od sytuacji ludnościowej danego państwa polityka ludnościowa może mieć na celu popieranie lub hamowanie rozwoju ludności.

W związku z tym, że przedmiotem zainteresowania demografii są zbiorowiska i zjawiska masowe, wśród metod badawczych demografii wielką rolę odgrywa statystyka.

Wszechstronna ocena badanego zjawiska demograficznego wymaga stosowania różnych charakterystyk liczbowych. Demografia posługuje się więc wieloma parametrami, które służą do oceny zjawisk masowych, porównywania ich w czasie i przestrzeni. Do parametrów tych należą przede wszystkim współczynniki (wskaźniki). Jako liczby względne (wyrażone w procentach lub promilach) współczynniki demograficzne pozwalają ocenić i porównać badane zjawisko w różnych populacjach bądź w różnych okresach, umożliwiają więc określanie kierunków i tendencji zachodzących zmian.

Współczynniki te oblicza się w stosunku do ogólnej liczby ludności, bądź też w stosunku do liczebności pewnych grup, jak np. kobiety w wieku rozrodczym, dzieci w wieku do 2 lat.

Są one obliczane dla określonego czasu (miesiąc, kwartał, rok), dlatego też jako ich podstawę należy przyjąć przeciętną liczbę ludności w tym okresie.

Przez ludność przeciętną rozumie się stan ludności w środku danego okresu. Jeżeli nie rozporządzamy liczbą ludności w tym momencie, to zazwyczaj oblicza się średnią arytmetyczną liczby ludności na początku i na końcu badanego okresu i ta właśnie średnia arytmetyczna występuje najczęściej jako przeciętna ludność.

ŹRÓDŁA DANYCH STATYSTYKI LUDNOŚCIOWEJ

Do podstawowych źródeł informacji statystycznych o ludności należą:

1) spisy ludności;
2) ewidencje bieżące ludności;
3) specjalne badania demograficzne.

Pod pojęciem s p i s u l u d n o ś c i (spisu powszechnego) rozumiemy pełne badanie statystyczne, polegające na ustaleniu liczby ludności i jej struktury według określonych cech, w określonym momencie czasu, na określonym terytorium, w drodze indywidualnego uzyskiwania informacji o wszystkich zjawiskach podlegających badaniu.

Zgodnie z zaleceniami ONZ spisy powszechne powinny odbywać się co 10 lat, w latach zakończonych na 0. Daje to możliwość przeprowadzenia porównań i szacunków międzynarodowych w skali całego globu.

Zespół cech, według których przeprowadza się spis ludności, dzielimy na dwie grupy: grupę cech demograficznych i grupę cech społeczno-zawodowych. Takie cechy, jak płeć, wiek oraz stan cywilny stanowią tzw. minimum demograficzne, które powinien zawierać każdy spis ludności. Umieszczenie cech społeczno-zawodowych w spisie rozszerza możliwości prowadzenia analiz, ale zespół konkretnych pytań zamieszczonych w formularzach spisowych ulega ciągłym modyfikacjom.

Ewidencja bieżąca ludności jest podstawą sprawozdawczości bieżącej, która okresowo dostarcza danych dotyczących ruchu naturalnego i migracyjnego ludności oraz struktury i terytorialnego roz-

mieszczenia ludności. Dane ewidencyjne są aktualne i ciągłe, dlatego oparta na nich sprawozdawczość odgrywa ważną rolę w okresach międzyspisowych.

Rejestracja podstawowych faktów demograficznych dokonywana jest w księgach stanu cywilnego, gdzie wpisuje się zawarcie małżeństwa, urodzenia i zgony, oraz w księgach meldunkowych, do których wpisuje się dane dotyczące zameldowań i wymeldowań.

Na podstawie zestawień sporządzanych okresowo przez placówki statystyczne możemy uzyskać bieżące informacje dotyczące urodzeń żywych, zgonów ogółem i zgonów niemowląt według przyczyn, wieku, dekady czy miesiąca, a także liczby zawartych związków małżeńskich i rozwodów.

Na podstawie statystyki stanu i ruchu ludności z informacji uzyskanych na podstawie zgłoszeń zameldowania bądź wymeldowania otrzymujemy liczbę ludności stałej i czasowo przebywającej, w podziale według płci i wieku. Dane te są wykorzystywane do określenia stanu ludności w okresach międzyspisowych.

Omówione wyżej źródła informacji obejmują swym zasięgiem podstawowe cechy demograficzne badanych zbiorowości. W wielu jednak przypadkach informacje te są niewystarczające i wówczas niezbędne jest posługiwanie się innymi, dodatkowymi źródłami informacji demograficznych. Prowadzi się wówczas specjalne badania, obejmujące zazwyczaj wybraną część populacji, a także korzysta z materiałów wtórnych zebranych uprzednio dla jakiegoś innego celu.

STAN I STRUKTURA LUDNOŚCI

Pomijając kilka ostatnich stuleci, bardzo trudno jest zrekonstruować historię rozwoju liczbowego rodzaju ludzkiego.

Począwszy od połowy XVII wieku możemy śledzić rozwój liczby ludności za pomocą oszacowań opartych na dość dokładnych danych. Szybkość wzrostu liczby ludności wykazuje znaczne odchylenia w różnych częściach świata. Tabela 2 przedstawia rozwój stanu liczbowego ludności świata w okresie ubiegłych trzech stuleci.

Tabela 2

Ludność świata w okresie lat 1700—1980 (w milionach osób)

Lata / Część świata	1700	1800	1900	1960	1970	1980
Europa*	110	188	401	641	705	754
Azja	400	602	937	1681	2091	2554
Afryka	98	90	120	275	354	469
Ameryka Północna i Środkowa	7	16	106	268	319	370
Ameryka Południowa	6	9	38	146	190	245
Australia i Oceania	2	2	6	16	19	23
Razem	632	907	1608	3027	3678	4415

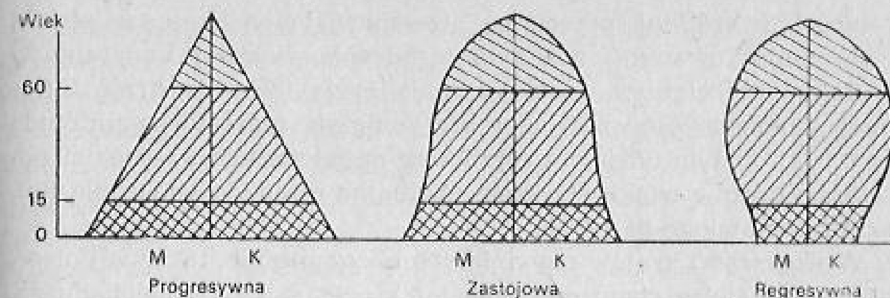
* Razem z ZSRR.

STRUKTURA LUDNOŚCI WEDŁUG PŁCI I WIEKU

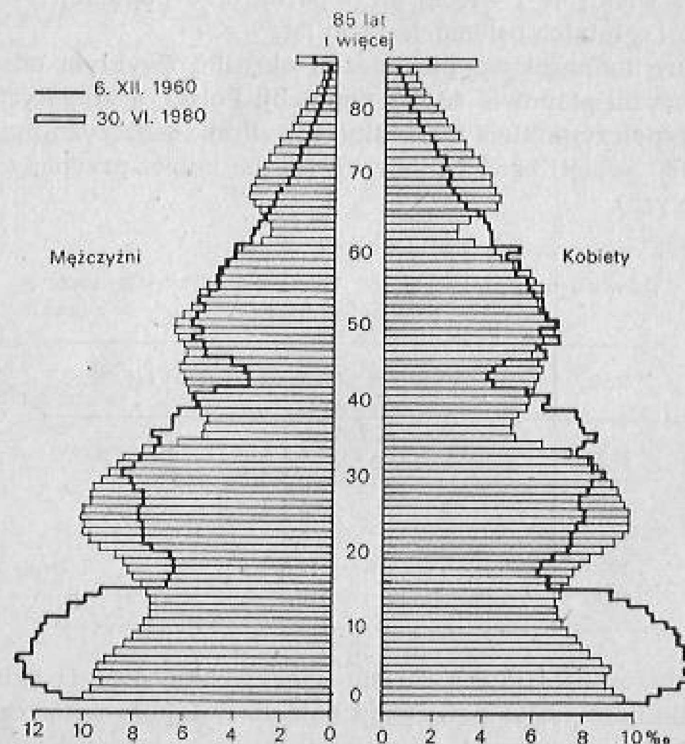
W badaniach struktury ludności, a szczególnie w analizie demograficznej jakiegokolwiek zagadnienia dotyczącego ludności lub rozwoju ludności, nie można pominąć płci i wieku. Struktura ludności wg płci i wieku jest jednym z ważniejszych wskaźników demograficznych mających znaczenie przy opisie sytuacji zdrowotnej. Od dawna bowiem wiadomo, że wiele zjawisk zdrowotnych związanych jest z tymi cechami. Na przykład zawał mięśnia sercowego występuje najczęściej u mężczyzn w wieku 40—59 lat, a nadciśnienie tętnicze u kobiet w wieku 45—50 lat.

Strukturę ludności według płci i wieku przedstawia się zazwyczaj graficznie w postaci tzw. piramidy wieku. Ludność płci męskiej (w odsetkach lub tysiącach) oznaczana jest po lewej stronie piramidy, a ludność płci żeńskiej — po prawej. Na dole piramidy umieszcza się najmłodsze, a idąc ku górze — coraz starsze roczniki. Rozróżnia się trzy typy piramid: progresywną, stacjonarną (zastojową) i regresywną (ryc. 2).

Progresywna piramida wieku jest charakterystyczna dla rozwijających się krajów Azji i Afryki oraz Ameryki Południowej. Są to najczęściej kraje o wysokim wskaźniku urodzeń, wysokiej umie-



Ryc. 2. Podstawowe typy piramid wieku ludności.



Ryc. 3. Piramida wieku ludności Polski (1980 r.).

ralności i krótkiej przeciętnej trwania życia. Kraje o niskim bądź umiarkowanym poziomie urodzeń, większej umieralności i długim przeciętnym czasie trwania życia (głównie kraje Europy i Ameryki Północnej) charakteryzują się regresywną piramidą wieku, tj. małym udziałem roczników najmłodszych i wysokim odsetkiem osób w wieku starszym. Aktualną piramidę wieku dla Polski przedstawiono na ryc. 3.

W większości krajów rozwiniętych ekonomicznie, także w Polsce, obserwuje się w ciągu ostatnich lat proces starzenia się ludności, czyli wzrost odsetka osób starych. Poprawa warunków zdrowotnych wpłynęła bowiem na znaczne zmniejszenie się natężenia zgonów w tych krajach. Proces ten nie może uchodzić uwadze organizatorów ochrony zdrowia.

W tab. 3 przedstawiono procentowy udział osób starych, tj. będących w wieku 60 i więcej lat w strukturze populacji Polski na przestrzeni ostatnich osiemdziesięciu lat.

Strukturę ludności wg płci można określić zwykłym odsetkiem (np. mężczyźni stanowią 48,7% populacji Polski, a kobiety 51,3%), a także współczynnikiem maskulinizacji (liczba mężczyzn przypadająca na 100 kobiet) bądź feminizacji (liczba kobiet przypadająca na 100 mężczyzn).

Tabela 3

Odsetek osób w wieku 60 lat i więcej w strukturze populacji Polski

Rok	% osób w wieku 60 i więcej lat
1900	6,3
1939	8,0
1950	8,3
1960	9,5
1970	12,9
1980	13,2

W większości krajów rodzi się więcej chłopców niż dziewcząt. Zrównanie liczebności mężczyzn i kobiet występuje zazwyczaj między 20 a 30 rokiem życia, po czym obserwuje się coraz wyraźniejszą przewagę kobiet. I tak np. współczynnik feminizacji dla całej

populacji Polski wynosi 105, podczas gdy dla osób 70-letnich i więcej przekracza 170. Wytłumaczeniem tego zjawiska są różnice umieralności obu płci. Współczynniki zgonów mężczyzn w poszczególnych rocznikach są zwykle wyższe niż u kobiet. Zatem więcej kobiet niż mężczyzn dożywa kolejnych przedziałów wieku.

Wspomnieć też należy o jednej z ważniejszych — istotnych dla sytuacji zdrowotnej — charakterystyk rozmieszczenia terytorialnego ludności, jaką jest stosunek liczby ludności do wielkości zamieszkiwanego przez nią obszaru, czyli gęstość zaludnienia. Wyrażamy ją liczbą mieszkańców przypadającą na 1 km^2.

Tabela 4 odzwierciedla przykładowo gęstość zaludnienia niektórych państw w różnych częściach świata.

Tabela 4

Gęstość zaludnienia niektórych państw wg danych z roku 1979

EUROPA		AMERYKA PÓŁNOCNA I ŚRODKOWA	
Belgia	323	Kanada	2
Czechosłowacja	119	Kuba	88
Finlandia	14	Meksyk	34
Holandia	341	Stany Zjednoczone	24
Norwegia	13		
Polska	113	AMERYKA POŁUDNIOWA	
Szwecja	18	Argentyna	10
Związek Radziecki	12	Brazylia	14
AZJA		AUSTRALIA I OCEANIA	
Birma	49	Australia	2
Iran	22	Nowa Zelandia	12
Japonia	311		
Mongolia	1	AFRYKA	
		Algieria	8
		Egipt	41
		Maroko	44

URODZENIA I PŁODNOŚĆ

Według wprowadzonej w roku 1962 definicji urodzenia żywego noworodkiem żywo urodzonym jest taki, który po wydobyciu z ustroju matki wykazuje przynajmniej jedną z oznak ży-

cia (bicie serca, oddychanie, skurcz mięśni zależnych od woli), waży co najmniej 1001 g, lub też waży co najmniej 601 g i przeżył co najmniej 24 godziny.

Noworodkiem martwo urodzonym jest noworodek, którego zgon nastąpił przed całkowitym wydaleniem lub wydobyciem z ustroju matki i który w chwili urodzenia ważył co najmniej 1001 g. W statystyce polskiej urodzenia martwe są wyłączone zarówno ze zbiorowości żywych, jak i ze zbiorowości zgonów i rozpatrywane są jako odrębne zbiorowości.

Analiza natężenia urodzeń jest prowadzona za pomocą współczynników urodzeń (rodności) i płodności.

Współczynnik urodzeń (Wu) dla analizowanego okresu czasu, tj. najczęściej roku, wyraża się wzorem:

$$Wu = \frac{\text{liczba urodzeń żywych}}{\text{przeciętna liczba ludności}} \times 1000$$

Dla Polski w 1980 roku można go obliczyć następująco:

$$\frac{692\,800}{35\,578\,000} \times 1000 = 19{,}5$$

Współczynnik ten nie może stanowić wyłącznego kryterium oceny omawianego procesu, gdyż na kształtowanie się natężenia urodzeń wpływa wiele czynników, a przede wszystkim struktura badanej populacji według płci i wieku. Zmiany w strukturze wieku mogą mieć istotny wpływ na poziom rodności. Ze względu na to, że decydujący wpływ ma liczba kobiet w wieku rozrodczym, przy ocenie natężenia urodzeń należy także posługiwać się pojęciem płodności.

Płodność jest to natężenie urodzeń w badanej populacji kobiet będących w wieku rozrodczym. W Polsce i w innych krajach umiarkowanej strefy klimatycznej przyjmuje się jako wiek płodności kobiet 15—49 ukończonych lat życia. Ogólny współczynnik płodności (Wp) obliczamy według wzoru:

$$Wp = \frac{\text{liczba urodzeń żywych}}{\text{przeciętna liczba kobiet w wieku 15—49 lat}} \times 1000$$

Na rycinie 5 przedstawiono zmienność współczynnika urodzeń w Polsce od roku 1950, natomiast w tabeli 7 wartości tego współczynnika w niektórych wybranych krajach.

Z punktu widzenia statystyki definicja zgonu napotyka na mniejsze trudności niż definicja urodzenia żywego. Komisja Statystyczna ONZ zaproponowała w roku 1953 następującą definicję zgonu: „Zgon jest ostatecznym zakończeniem wszelkich oznak życia w jakimkolwiek czasie po urodzeniu żywym (jest zakończeniem funkcjonowania życia po urodzeniu, bez możliwości ożywienia)".

Definicja ta wyklucza więc zgony płodowe i noworodki martwo urodzone.

Natężenie zgonów w całej populacji — jak już podano w podrozdziale 3 — ocenia się obliczając współczynnik umieralności ogólnej (Wuo). Dla Polski w roku 1980 jego wielkość można podać w pewnym przybliżeniu:

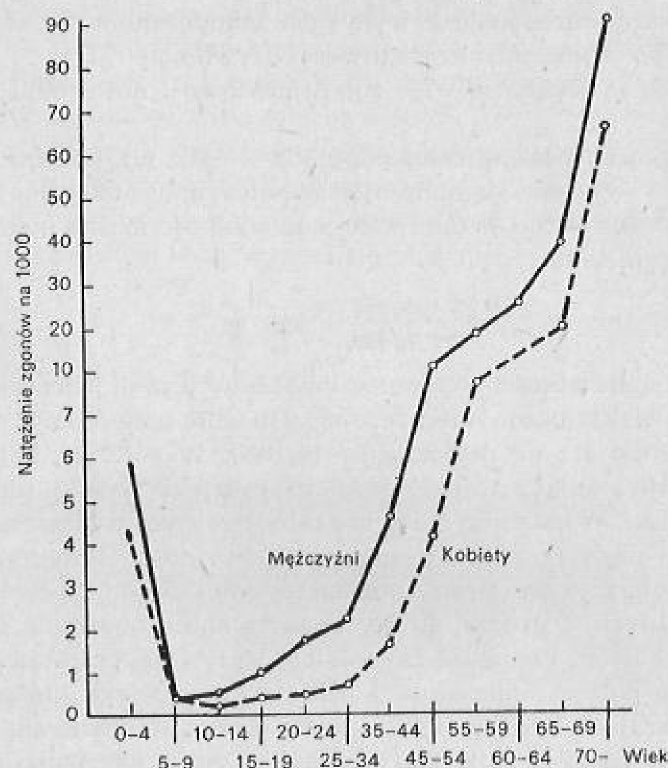
$$\frac{350\,200}{35\,578\,000} \times 1000 = 10$$

Poziom umieralności w populacji uważany jest za jeden z najważniejszych wskaźników stanu zdrowia. Obecnie umieralność na świecie kształtuje się na poziomie 6—14/1000. Współczynnik umieralności przekraczający 12/1000 oceniany jest jako wysoki, poniżej 10 — jako niski. W ostatnim stuleciu zaobserwowano, zwłaszcza w krajach rozwiniętych, znaczny spadek umieralności. Przyczyną tego spadku było z jednej strony obniżenie umieralności z powodu chorób zakaźnych, z drugiej strony konsekwentne obniżanie umieralności niemowląt. Ponieważ czynnikiem wpływającym w zasadniczy sposób na poziom umieralności jest struktura wieku ludności, zaś w wielu krajach Europy obserwuje się proces starzenia się populacji, wzrost odsetka ludzi starych jest w znacznym stopniu odpowiedzialny za utrzymywanie się umieralności ogólnej w tych krajach na względnie wysokim poziomie, mimo sprawnych systemów ochrony zdrowia i dobrych warunków zdrowotnych.

Zmienność współczynnika umieralności ogólnej w Polsce od 1950 roku przedstawiono na ryc. 5, natomiast w tab. 7 zamieszczono aktualne współczynniki zgonów w niektórych krajach.

Przy ocenie natężenia zgonów istnieje potrzeba analizy nie tylko współczynników umieralności ogólnej, ale także współczynników szczegółowych obliczonych dla poszczególnych grup (płci, wieku itp.) ludności.

Najniższym szczegółowym współczynnikiem częstości zgonów charakteryzuje się grupa wieku 10—14 lat. Najwyższą umieralność stwierdzamy w starszych grupach wieku i wśród niemowląt. Natomiast we wszystkich grupach wieku obserwuje się nadumieralność mężczyzn w stosunku do populacji kobiet (ryc. 4).



Ryc. 4. Natężenie zgonów wg płci i wieku w Polsce (1980 r.).

Analiza zgonów wg przyczyn jest bardzo ważnym elementem badania umieralności. Badania przyczyn zgonów mają szczególne znaczenie w tych krajach, w których o przyczynie zgonu orzekają lekarze. Mimo to należy pamiętać, że współczynniki umieralności wg przyczyn (współczynniki umieralności proporcjonalnej) nie są wskaźnikami wszechstronnie ilustrującymi stan zdrowia ludności. Są bowiem choroby (np. psychiczne, nerwice), które rzadko są przyczyną zgonów, niemniej jednak stanowią istotny problem zdrowotny.

W większości krajów rozwiniętych trzy najczęstsze przyczyny zgonów w populacji ogółem to: choroby układu krążenia, nowotwory oraz urazy, wypadki, zatrucia (tab. 5).

Tabela 5

Zgony w Polsce wg głównych przyczyn w 1951 i 1978 roku — współczynniki umieralności proporcjonalnej

Przyczyny zgonów	1951	1978
Choroby układu krążenia	12,7	46,0
Nowotwory złośliwe	4,7	17,7
Wypadki, urazy, zatrucia	3,6	8,0
Choroby zakaźne i pasożytnicze	11,9	1,9
Pozostałe przyczyny	67,1	26,4
Zgony z powodu wszystkich przyczyn	100,0%	100,0%

Struktura zgonów wg przyczyn jest, oczywiście, nieco odmienna w różnych grupach wieku. I tak np. wśród dzieci 10—14-letnich najczęstszą przyczyną zgonów są urazy, wypadki i zatrucia (46% wszystkich zgonów), a kolejnymi nowotwory złośliwe (16%) i choroby układu krążenia (około 5%).

Odrębnego omówienia wymaga umieralność niemowląt. Jest ona uważana za jeden z najlepszych mierników stanu zdrowia ludności, a właściwie tzw. warunków zdrowotnych. Na wielkość współczynnika umieralności niemowląt wywiera bezpośredni lub pośredni wpływ wiele różnorodnych czynników, jak np. warunki życia i pracy rodziców, ich sytuacja ekonomiczna, zaopatrzenie w żywność i artykuły sanitarno-higieniczne, kultura zdrowotna, w tym szczególnie zachowania zdrowotne, stopień zorganizowania opieki położniczej i pediatrycznej, dostępność świadczeń, szczepienia ochronne, a także uwarunkowania genetyczne.

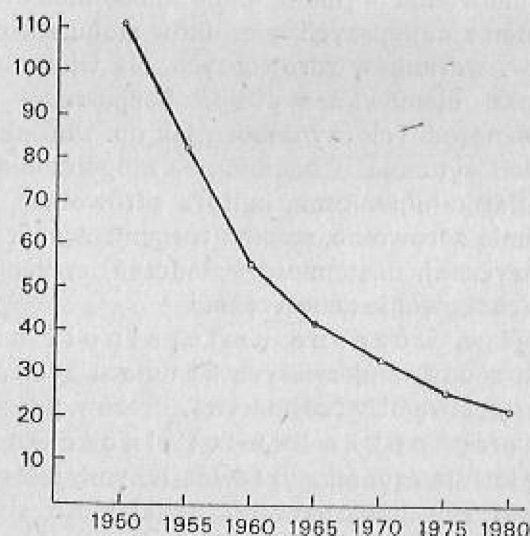
Wyróżnia się tzw. wczesną umieralność niemowląt, która obejmuje zgony w pierwszych 28 dniach życia, spowodowane głównie następstwami wcześniactwa, urazów porodowych, wad wrodzonych, oraz późną umieralność niemowląt, wywoływaną głównie czynnikami zewnętrznymi, jak choroby układu oddechowego czy pokarmowego. Działalność służby zdrowia wpływa przede wszystkim na zmniejszenie liczby zgonów nie-

mowląt w okresie późnym, tj. od ukończenia 4 tygodni życia do roku. W krajach o bardzo niskim współczynniku umieralności niemowląt obserwuje się bardzo mało zgonów w tym okresie. W tab. 6 przedstawiono wielkości współczynnika umieralności niemowląt w wybranych krajach, a na ryc. 5 jego zmiany w Polsce w okresie powojennym.

Tabela 6

Współczynniki umieralności niemowląt w wybranych krajach w 1979 roku

Kraj	Współczynnik umieralności niemowląt
Szwecja	7,3
Japonia	8,0
USA	13,0
NRD	13,0
Czechosłowacja	15,8
Bułgaria	19,8
Polska	21,3
Rumunia	31,6
Meksyk	60,2
Egipt	ok. 80,0



Ryc. 5. Współczynnik umieralności niemowląt w Polsce — dynamika zmian.

Znajomość szczegółowych współczynników zgonów dla wszystkich grup wieku, dla mężczyzn i kobiet pozwala dokonać prognozy przeciętnego dalszego trwania życia dla noworodków obu płci. Jest to liczba lat, jaką miałby szansę przeżyć przeciętny nowo narodzony mieszkaniec kraju (chłopiec, dziewczynka), jeśli nie uległyby zmianie współczynniki natężenia umieralności w poszczególnych grupach wieku.

Aktualne dane dla Polski to 67,3 lat dla mężczyzn oraz 75,6 dla kobiet. Dla porównania przeciętne dalsze trwanie życia w Szwecji wynosi 72,1 lat (mężczyźni) i 77,8 lat (kobiety), a w Indii: niewiele ponad 40 lat dla obu płci.

REPRODUKCJA LUDNOŚCI

Podstawowymi czynnikami określającymi proces reprodukcji ludności są przede wszystkim urodzenia i zgony w powiązaniu z określoną strukturą ludności.

Najprostszą formą badania procesu reprodukcji ludności jest analiza przyrostu ludności. Mówiąc o przyroście ludności mamy na myśli przyrost naturalny, którego elementami są urodzenia i zgony, bądź przyrost rzeczywisty, a więc przyrost ludności spowodowany — oprócz urodzeń i zgonów — także migracjami.

Przyrost naturalny jest to różnica między liczbą urodzeń i liczbą zgonów w badanym okresie na określonym terytorium.

Dla Polski w 1980 roku wynosił zatem: 692 800 — 350 200 = 342 600. Względną miarą przyrostu naturalnego jest **współczynnik przyrostu naturalnego** (Wpn).

$$Wpn = \frac{\text{liczba urodzeń} - \text{liczba zgonów}}{\text{przeciętna liczebność populacji}} \times 1000$$

czyli dla Polski (1980 r.):

$$\frac{692\,800 - 350\,200}{35\,578\,000} \times 1000 = 9{,}6$$

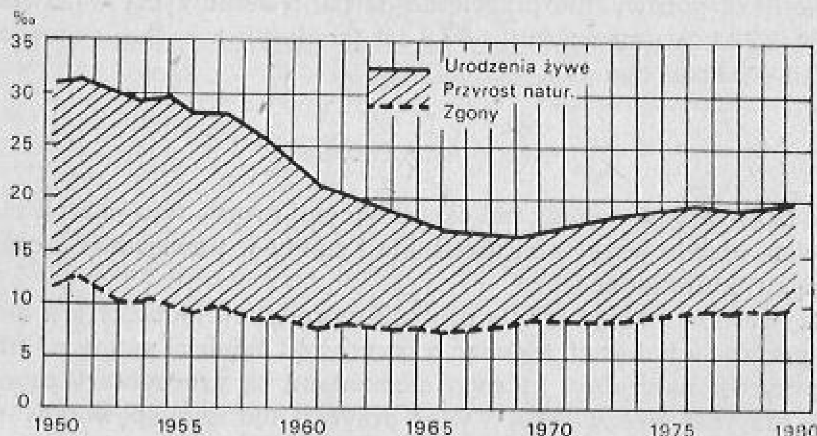
Może on być również obliczany jako różnica między współczynnikiem urodzeń (Wn) a współczynnikiem umieralności ogólnej (Wuo).

$$Wpu = Wu - Wuo$$

czyli dla Polski:

$$19{,}4-9{,}8 = 9{,}6$$

Na ryc. 6 przedstawiono kształtowanie się współczynników urodzeń, zgonów i przyrostu naturalnego w Polsce od 1950 roku. W tab. 7 zamieszczono aktualne wartości tych trzech współczynników w wybranych krajach. Nadmienić należy, że kraje o ujemnym współczynniku przyrostu naturalnego znajdują się w dość niekorzystnej sytuacji demograficznej.



Ryc. 6. Urodzenia żywe, zgony, przyrost naturalny w Polsce — współczynniki na 1000 ludności.

Tabela 7

Współczynniki urodzeń żywych, umieralności ogólnej i przyrostu naturalnego w niektórych krajach w 1979 roku

Kraje	Współczynnik urodzeń żywych	Współczynnik umieralności ogólnej	Współczynnik przyrostu naturalnego
RFN	9,5	11,6	−2,1
Austria	11,4	12,2	−0,8
Szwecja	11,6	11,0	0,6
NRD	14,0	13,9	0,1
Portugalia	16,8	9,8	7,0
Rumunia	18,5	9,9	8,6
Polska	19,5	10,3	9,2
Meksyk	34,0	6,0	28,0

6. WYBRANE INFORMACJE O STANIE ZDROWIA LUDNOŚCI POLSKI – CHOROBY O ZNACZENIU SPOŁECZNYM ORAZ METODY I ORGANIZACJA ICH ZWALCZANIA

OSTRE CHOROBY ZAKAŹNE

Po zakończeniu ostatniej wojny Polska znalazła się w bardzo ciężkiej sytuacji epidemiologicznej. W 1945 roku zarejestrowano w kraju około 16 000 zachorowań i 1300 zgonów na dur plamisty.

Na ziemiach odzyskanych wybuchła największa w historii Polski epidemia duru brzusznego (prawie 82 000 zachorowań i około 5000 zgonów). Zarejestrowano ponad 21 000 zachorowań i około 1500 zgonów z powodu błonicy; ponad 5000 zachorowań na zimnicę. Tragiczna sytuacja epidemiologiczna istniała także w zakresie gruźlicy i chorób wenerycznych.

W ciągu pierwszych lat powojennych opanowano najgroźniejsze epidemie — zachorowania i zgony z powodu duru plamistego i duru brzusznego zmniejszyły się poniżej wskaźników z lat 1935—1938.

Mimo tej poprawy w 1950 roku Polska należała nadal do krajów europejskich o niezadowalającej sytuacji epidemiologicznej, a znaczne ruchy migracyjne, odbudowa kraju i dynamiczny przyrost ludności sprzyjały szerzeniu się ostrych chorób zakaźnych.

Od 1949 roku zaczęła gwałtownie nasilać się fala epidemiczna błonicy, która osiągnęła szczyt w 1954 roku (zarejestrowano wówczas 44 000 zachorowań, a liczba zgonów w latach 1950—1954 wynosiła 2000—3000 rocznie).

W 1951 roku wybuchła ciężka epidemia choroby Heinego-Medina *(poliomyelitis)* (ponad 3000 zachorowań, z tego połowa zakończonych trwałym kalectwem). Od czasu tej epidemii corocznie rejestrowano średnio 2000 zachorowań. Konieczne było zorganizowanie sieci specjalnych szpitali i ośrodków rehabilitacyjnych dla ofiar tej choroby z trwałymi porażeniami mięśni kończyn.

W 1954 roku szybko zaczęła wzrastać liczba zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby, które dotychczas jest jednym z najtrudniejszych problemów epidemicznych w Europie. Corocznie w Polsce zapada na tę chorobę około 70 000 osób.

W latach 1950—1954 wykorzeniono z terenu Polski malarię, istniejącą u nas od wieków endemicznie.

W 1955 roku służba przeciwepidemiczna wspólnie z pracownikami przychodni dziecięcych podjęła planową walkę z błonicą. Akcją masowych szczepień ochronnych objęto początkowo przede wszystkim dzieci do 7 roku życia, a potem dzieci szkolne. Z roku na rok zmniejszała się liczba zachorowań: od 44 000 w 1954 roku do kilku zachorowań rocznie w latach 1970—1974 i żadnego od 1975 roku.

Wyraźny postęp uzyskano w zwalczaniu duru brzusznego. Walka z tą chorobą była trudna, polegała bowiem nie tylko na szczepieniach ochronnych, ale także na zaopatrzeniu ludności w dobrą wodę i urządzenia ściekowe, podniesieniu poziomu higieny żywności, żywienia i higieny osobistej oraz na wykrywaniu nosicieli zarazków duru brzusznego. W rejestrach służby przeciwepidemicznej znajduje się ponad 4500 nosicieli objętych nadzorem sanitarnym. Dzięki tej żmudnej pracy udało się obniżyć liczbę zachorowań na dur brzuszny z około 6000 rocznie w latach 1950—1955 do 100—300 zachorowań w latach 1975—1979.

Szczepienia przeciw durowi zostały połączone ze szczepieniami przeciw tężcowi. Dzięki zastosowaniu połączonej szczepionki przeciw błonicy, krztuścowi i tężcowi już od lat 1963—1964 stwierdza się stałe obniżanie liczby zachorowań na krztusiec i tężec u dzieci. W ostatnich latach rozszerzono szczepienia przeciwtężcowe na dzieci szkolne, stosując mieszaną szczepionkę błoniczo-tężcową.

W 1979 roku odnotowano wyraźne zmniejszenie się wskaźników zapadalności na odrę. Zachorowalność była 5-krotnie niższa w stosunku do najgorszego pod tym względem roku 1975. Wynika z tego, że rozpoczęta od 1973 roku akcja szczepień przeciw odrze przyniosła określony skutek.

Nadal ważny problem zdrowotny stanowią te jednostki chorobowe, zwłaszcza pochodzenia wirusowego, w stosunku do których nie dysponujemy swoistymi metodami profilaktyki (grypa, wirusowe zapalenie wątroby, nagminne zapalenie przyusznic).

Liczba zachorowań na grypę sięgała rocznie 2—3 milionów przypadków. Epidemie, które nastąpiły między 1968 a 1977 rokiem poza wysoką liczbą zachorowań, cechowały się ciężkim przebiegiem, wysoką częstością powikłań i zgonów. Rok 1979 ze względu na stosunkowo niewielką liczbę zachorowań uznać należy za wyjątkowy.

Wirusowe zapalenie wątroby jest drugim ważnym problemem wśród chorób zakaźnych w Polsce. Liczba zachorowań utrzymuje się na wysokim, zbliżonym każdego roku poziomie i wynosi od 50 000 do 75 000 zachorowań. Postać wszczepienna wirusowego zapalenia wątroby stanowi około 30% ogółu zachorowań i dotyczy głównie ludzi dorosłych, natomiast postać nagminna z zaznaczoną sezonowością (lato, jesień) przeważa wśród zachorowań dzieci i młodzieży. Mimo że w ciągu ostatnich dwu lat liczba przypadków wzw zmniejszyła się, sytuację w tym zakresie uznać należy za niezadowalającą.

Wysokim wskaźnikiem zachorowalności charakteryzuje się nagminne zapalenie przyusznic. Choroba występuje głównie wśród dzieci i młodzieży w wieku do 14 lat. Wydaje się, że możliwość wprowadzenia szczepień, stosowanych w niektórych krajach, pozwoli na opanowanie sytuacji.

Niekorzystnym problemem zdrowotnym jest także utrzymująca się od wielu lat na nie zmienionym poziomie zachorowalność małych dzieci z powodu biegunek. Na podstawie szacunku opartego

Tabela 8

Zapadalność na niektóre ostre choroby zakaźne w Polsce w latach 1960—1979 (wskaźnik na 100 000 ludności)

Choroby	1950	1965	1970	1979
Dur brzuszny	11,7	3,3	1,3	0,3
Błonica	21,6	1,3	0,1	—
Tężec	1,0	0,7	0,4	—
Krztusiec	324,6	76,5	30,5	1,4
Dur wysypkowy	0,9	0,4	0,1	—
Czerwonka	20,2	22,7	20,4	19,8
Odra	285,9	395,6	382,8	87,0
Wirusowe zapalenie wątroby	257,7	298,4	215,3	147,6
Grypa	779,5	2838,5	11 950,8	1189,5
Biegunki u dzieci do 2 roku życia*	196,3	241,1	285,1	281,2
Nagminne zapalenie przyusznic	204,0	340,2	182,8	298,3

* Wskaźnik obliczono na 10 000 dzieci do 2 roku życia.

na sprawozdaniach z poradni dla dzieci chorych, jak również po uwzględnieniu danych z ogólnokrajowego badania zgłoszeń do lekarzy, wynika, że faktyczna liczba zachorowań jest większa.

Tak więc w zakresie tych ostrych chorób zakaźnych, których zwalczanie polega głównie na poprawie stanu sanitarno-higienicznego, obserwuje się mniejszy postęp. Liczba zarejestrowanych zatruć pokarmowych, biegunek u małych dzieci, zachorowań na wzw, czerwonkę wskazuje, że problem ten jest nadal aktualny w Polsce.

Zapadalność na niektóre ostre choroby zakaźne w Polsce w latach 1960—1979 przedstawiono w tab. 8.

Szczepienia ochronne

W okresie trzydziestopięciolecia Polski Ludowej wprowadzono masowe szczepienia ochronne jako jedną z podstawowych metod zapobiegania chorobom zakaźnym. Wytworzenie i utrzymanie odporności ustroju na odpowiednim poziomie wymaga okresowego powtarzania poszczególnych szczepień. Wynika stąd potrzeba skoordynowania akcji szczepień w zależności od sytuacji epidemicznej kraju. Według obowiązujących w Polsce przepisów na terenie całego kraju są prowadzone przymusowe szczepienia przeciw gruźlicy, błonicy (łącznie z krztuścem i tężcem), *poliomyelitis* i odrze. Ponadto istnieje obowiązek szczepień przeciw durowi brzusznemu i durom rzekomym na terenach wyznaczonych przez służbę sanitarno-epidemiologiczną w zależności od aktualnej sytuacji epidemicznej.

Obowiązek szczepień przeciwgruźliczych obejmuje:

a) wszystkie noworodki przed ukończeniem 15 dni życia (nie wyłączając noworodków ze środowisk gruźliczych);

b) dzieci i młodzież w wieku 6, 10, 14 i 18 lat oraz poborowych (nie wyłączając dzieci i młodzieży ze środowisk gruźliczych, jeśli mają ujemny odczyn tuberkulinowy);

c) wszystkie osoby bez względu na wiek zgłaszające się do pracy w zakładach przeciwgruźliczych, jeśli mają ujemny odczyn tuberkulinowy.

Szczepienia przeciwbłonicze obowiązują wszystkie dzieci od 3 miesiąca do 7 roku życia, a ponadto dzieci do 14 roku życia w przypadku wskazań epidemiologicznych.

Tabela 9

Kalendarz szczepień ochronnych obowiązujący od stycznia 1980 roku

Wiek	Szczepienie przeciw
4—15 dzień życia	Gruźlicy — szczepionką BCG
I. 3 miesiąc życia II. Po 4 tygodniach od pierwszego szczepienia, tj. w 4 lub 5 miesiącu życia III. Po 6 tygodniach od drugiego szczepienia, tj. w 6 miesiącu życia.	Błonicy, tężcowi i krztuścowi — podskórnie, jednoczasowo ze szczepionką przeciw *poliomyelitis* zawierającą 2 typy wirusa, podaną doustnie
11—14 miesiąc życia	Odrze
14—16 miesiąc życia	Gruźlicy — dzieci z ujemnym wynikiem próby tuberkulinowej, świadczącym o braku odporności
18—24 miesiąc życia	Błonicy, tężcowi i krztuścowi — podskórnie, jednoczasowo ze szczepionką przeciw *poliomyelitis*, zawierającą 3 typy wirusa, podaną doustnie
6 lub 7 rok życia, w ciągu pierwszych 4 miesięcy nauki w I klasie szkoły podstawowej	Gruźlicy — dzieci z ujemnym wynikiem próby tuberkulinowej Mantoux Błonicy, tężcowi
10 rok życia	Gruźlicy — dzieci z ujemnym wynikiem próby tuberkulinowej Mantoux
14 rok życia	Gruźlicy — dzieci z ujemnym wynikiem próby tuberkulinowej Mantoux Błonicy, tężcowi
18 rok życia	Gruźlicy — dzieci z ujemnym wynikiem próby tuberkulinowej Mantoux
20 rok życia	Tężcowi
Dorośli	Tężcowi Gruźlicy — osoby z ujemnym wynikiem próby tuberkulinowej Mantoux

Szczepienia przeciw *poliomyelitis* obowiązują:

a) od 4 miesiąca życia — 3-krotne szczepienie szczepionką zawierającą 3 typy wirusa podawaną doustnie oraz

b) w 18—24 miesiącu życia dawka przypominająca.

Na terenie wyznaczonym do szczepień przeciw durowi brzusznemu i durom rzekomym obowiązek szczepień obejmuje wszystkie osoby od 5 do 60 roku życia.

W 1980 roku zniesiono obowiązek szczepień przeciw ospie prawdziwej. Na życzenie jednak rodziców i opiekunów szczepienia takie mogą być przeprowadzone u dzieci w wieku od 11 miesiąca do 2 roku życia.

Potrzeba całkowitego opanowania odry nakazała wcześniejsze rozpoczynanie szczepień ochronnych. Obowiązek szczepień przeciwodrowych obowiązuje obecnie dzieci już od 11 miesiąca życia.

Terminarz szczepień ochronnych dzieci i młodzieży obowiązujący obecnie w Polsce odzwierciedla tab. 9.

Wszystkie obowiązujące szczepienia w Polsce są wykonywane na koszt państwa. Wykonuje je personel zespołów opieki zdrowotnej, a nadzoruje i kontroluje służba sanitarno-przeciwepidemiczna.

Walka z drobnoustrojami chorobotwórczymi w środowisku

W walce z chorobami zakaźnymi są stosowane — poza zwiększaniem odporności ustroju przez szczepienia ochronne — następujące metody niszczenia drobnoustrojów chorobotwórczych w celu przecięcia dróg zakażenia:

a. A s e p t y k a — jest to postępowanie mające na celu niedopuszczenie drobnoustrojów chorobotwórczych do ustroju człowieka (np. do rany w toku zabiegów chirurgicznych).

b. A n t y s e p t y k a — jest to postępowanie mające na celu zniszczenie drobnoustrojów, które przeniknęły do rany lub tkanki.

c. S t e r y l i z a c j a — jest to postępowanie mające na celu zniszczenie drobnoustrojów chorobotwórczych w danym środowisku (stosuje się ją w chirurgii, przemyśle spożywczym itp.); specjalnymi odmianami sterylizacji są pasteryzacja i tyndalizacja (stosowane np. w przemyśle mleczarskim).

d. D e z y n f e k c j a (odkażanie) — jest to postępowanie mające na celu zniszczenie lub usunięcie drobnoustrojów chorobotwórczych ze środowiska zewnętrznego lub powierzchni ciała ludzkiego w takim stopniu, aby nie stanowiły one niebezpieczeństwa zakażenia.

e. D e z y n s e k c j a — jest to postępowanie mające na celu niszczenie lub usuwanie owadów szkodliwych z gospodarczego lub sanitarnego punktu widzenia, niszczących produkty żywnościowe, przenoszących czynnie lub biernie choroby zakaźne itp.

f. D e r a t y z a c j a — jest to postępowanie mające na celu niszczenie lub niedopuszczenie do rozwoju gryzoniów (szczury, myszy itp.) szkodliwych z gospodarczego i sanitarnego punktu widzenia.

W zależności od potrzeb i warunków stosuje się jedną lub kilka z wymienionych metod. W szerokiej praktyce przeciwepidemicznej największe znaczenie ma dezynfekcja, a w przypadkach chorób przenoszonych przez owady — dezynsekcja.

Główną rolę w zapobieganiu ostrym chorobom zakaźnym spełnia służba sanitarno-epidemiologiczna (przede wszystkim przez nadzór nad środowiskiem) oraz podstawowa opieka zdrowotna (szczepienia ochronne i nadzór środowiskowy). W leczeniu ostrych chorób zakaźnych główną rolę pełnią oddziały i szpitale chorób zakaźnych oraz podstawowa opieka zdrowotna w przypadkach chorób nie hospitalizowanych.

GRUŹLICA

Polska należy do krajów, w których gruźlica ciągle jeszcze stanowi jeden z ważniejszych problemów zdrowotnych. Składają się na to dwie przyczyny — przewlekły charakter samej choroby oraz warunki zdrowotne, w jakich społeczeństwo naszego kraju żyło w niedawnej przeszłości.

Dane zawarte w Roczniku Statystycznym Ochrony Zdrowia na lata 1945—1967 informują, że w 1952 roku zarejestrowano ogółem 127 500 nowych przypadków zachorowań, natomiast w 1965 roku około 53 000, a w 1979 roku — 27 605 przypadków. Pomijając różnice w kryteriach rozpoznawania gruźlicy i zasadach rejestracji (co uniemożliwia bezpośrednie porównywanie obecnych wartości licz-

Tabela 10

Nowo wykryte przypadki gruźlicy w Polsce w latach 1965—1978

Rok	Ogółem		Dzieci 0—14 lat		Młodzież 15—19		Dorośli 20—39		Dorośli 40—59		Dorośli 60 i więcej	
	liczba	wskaźnik na 10 000	liczba	wskaźnik na 10 000	liczba	wskaźnik na 10 000	liczba	wskaźnik na 10 000	liczba	wskaźnik na 10 000	liczba	wskaźnik na 10 000
1965	53 651	17,0	4248	4,3	3621	12,5	17 736	20,3	17 300	26,1	10 746	31,0
1970	41 575	12,7	1255	1,4	2820	8,2	14 046	15,2	13 342	19,0	10 073	24,0
1975	26 255	7,7	535	0,6	1695	5,0	9330	9,0	8394	11,1	6301	13,5
1978	26 801	7,7	533	0,6	1400	4,6	9180	8,3	9641	11,9	6047	13,0

bowych z danymi z przeszłości), ciągle jeszcze liczba rejestrowanych nowych zachorowań na gruźlicę jest w Polsce duża.

Liczba chorych na gruźlicę zarejestrowanych w poradniach przeciwgruźliczych w Polsce przekracza aktualnie 130 000. Na przestrzeni lat 1970—1978 wskaźnik chorobowości na 10 000 ludności zmniejszył się trzykrotnie z 117,5 do 39,2. O wiele mniejszą dynamikę spadku stwierdzono natomiast dla współczynnika zachorowalności na gruźlicę, który jest czulszym miernikiem sytuacji epidemiologicznej w zakresie tej choroby. Współczynnik ten w roku 1970 wynosił 12,7 zachorowań na 10 000 ludności i zmalał do 7,7 (tj. o 40%) w roku 1975. Od tego jednak okresu liczba zachorowań nie uległa większym zmianom i wynosi około 27 000 rocznie (współczynnik 7,7/ /10 000). Zachorowalność mężczyzn jest dwukrotnie wyższa niż kobiet. Wśród dzieci do 14 roku życia współczynnik zachorowalności jest dziesięciokrotnie niższy od średniej wartości dla całej populacji. Największe nasilenie zachorowań na gruźlicę przesuwa się coraz bardziej na starsze grupy wieku.

Zgony z powodu gruźlicy stanowią obecnie 1,1% wszystkich zgonów w Polsce w ciągu roku. Niemalże nie obserwuje się zgonów z tej przyczyny u osób do lat 20.

Dla osiągnięcia pełnych i możliwie szybkich efektów w walce z gruźlicą niezbędne jest zaangażowanie nie tylko kadr służby zdrowia zatrudnionych w poradniach przeciwgruźliczych, ale także całego społeczeństwa.

Organizacja zapobiegania i zwalczania gruźlicy

Podstawowym aktem prawnym walki z gruźlicą w Polsce jest ustawa z 22 IV 1959 roku o zwalczaniu gruźlicy.

Z główniejszych założeń tej ustawy należy wymienić:

a) bezpłatność świadczeń profilaktyczno-leczniczych dla chorych, ozdrowieńców i inwalidów oraz dla osób z otoczenia chorych, przeglądów profilaktycznych i szczepień zapobiegawczych całych grup ludności;

b) zabezpieczenie socjalne chorych na gruźlicę w zakresie zasiłków chorobowych, rent inwalidzkich, wczasów profilaktycznych, dodatkowej powierzchni mieszkalnej itp.;

c) zatrudnianie chorych i ozdrowieńców zgodnie ze wskazaniami poradni przeciwgruźliczej, postępowanie rehabilitacyjne, reedukacja zawodowa, tworzenie działów pracy chronionej;

d) organizowanie przez służbę zdrowia szerokich akcji społecznych — wspólnie z organizacjami społecznymi — w kierunku zapobiegania, wykrywania, zwalczania gruźlicy.

Zgodnie z ustawą o zwalczaniu gruźlicy działalność jest prowadzona w trzech zasadniczych kierunkach:

1) profilaktyka:
   a) szczepienia przeciwgruźlicze,
   b) masowe badania radiofotograficzne grup ludności;
   c) oświata zdrowotna;

2) leczenie:
   a) leczenie ambulatoryjne w poradniach gruźlicy i chorób płuc terenowych zespołów opieki zdrowotnej i wojewódzkich zespołów specjalistycznych;
   b) leczenie stacjonarne w oddziałach gruźlicy i chorób płuc szpitali terenowych i wojewódzkich szpitali zespolonych lub wojewódzkich zespołów specjalistycznych;

3) rehabilitacja:
   a) rehabilitacja lecznicza;
   b) rehabilitacja zawodowa;
   c) resocjalizacja.

Szczepienia przeciwgruźlicze są uznane za najpewniejszą ochronę przed gruźlicą. W Polsce od 1955 roku wprowadzono szczepienia obowiązkowe (szczepionką BCG) noworodków i dzieci, młodzieży do lat 18, studentów i poborowych. Do 1960 roku szczepienia prowadziły poradnie przeciwgruźlicze. Na skutek zmian organizacyjnych obowiązki te przejęły obecnie w przeważającej części poradnie dziecięce, a nadzór organizacyjny powierzono wojewódzkim inspektorom sanitarnym. Podstawą do wykonania szczepienia (z wyjątkiem noworodków) są ujemne odczyny tuberkulinowe wykonywane przez poradnie dziecięce, gabinety lekarskie przy zakładach wychowania i nauczania itp.

Badania radiofotograficzne są najlepszym sposobem wykrywania gruźlicy płuc w skali masowej, zwłaszcza w populacji dorosłej. Najlepszym i najskuteczniejszym sposobem oceny chorobowości i zachorowalności na gruźlicę są tzw. badania katastralne, obejmujące całą ludność zamieszkałą na określonym terytorium. Ponadto bada się określone grupy ludności, które podlegają obowiązkowi tych badań. Do nich należą grupy pracowników stanowiące największe zagrożenie epidemiologiczne dla otoczenia (np. pracownicy szkolnictwa, zakładów spożywczych, fryzjerzy), grupy o szczególnie dużym zagrożeniu tą chorobą (górnicy, hutnicy i inni pracujący w warunkach szkodliwych dla zdrowia). Ponadto w różnych środowiskach można przeprowadzać badania sondujące, dla określenia rozpowszechnienia gruźlicy na danym terenie w grupie zawodowej lub środowiskowej.

Wykrywalność wczesna gruźlicy — w zależności od wieku: na podstawie prób tuberkulinowych lub badań radiofotograficznych — jest podstawowym zagadnieniem w zwalczaniu gruźlicy, a szczepienia BCG dają gwarancję stopniowego zmniejszania się zachorowalności. Trzecim kierunkiem profilaktycznym, wspomagającym oba pozostałe, jest szerzenie oświaty zdrowotnej, prowadzone przez służbę zdrowia przy współdziałaniu organizacji społecznych (PCK, Społeczny Komitet Walki z Gruźlicą, chorobami płuc i inne).

Leczenie gruźlicy jako choroby długotrwałej wymaga ścisłego współdziałania leczenia ambulatoryjnego z leczeniem w zakładach stacjonarnych (szpitalach i sanatoriach). Podstawowym ogniwem walki z gruźlicą jest poradnia przeciwgruźlicza terenowego zespołu opieki zdrowotnej.

Głównymi zadaniami poradni przeciwgruźliczej są: badania sytuacji epidemiologicznej, uchwycenie wszystkich źródeł zakażenia, wykrycie wszystkich źródeł zakażenia i wykrycie wszystkich przypadków gruźlicy, prowadzenie prawidłowego leczenia, obserwacji chorych i ich otoczenia, kwalifikowanie chorych do leczenia stacjonarnego oraz koordynacja działalności zapobiegawczej (wykonanie prób tuberkulinowych, szczepień BCG, badań rentgenowskich i oświaty zdrowotnej).

Wczesne wykrywanie nowych zachorowań i zaniedbanych przypadków gruźlicy musi przebiegać we współdziałaniu z innymi zakładami służby zdrowia, a przede wszystkim z lekarzami przychodni rejonowych, ośrodków zdrowia, zakładów leczniczo-zapobiegawczych oraz gabinetów lekarskich przy zakładach pracy i nauczania.

Każdy lekarz rejonowy (internista, pediatra, lekarz przemysłowy) powinien mieć opanowane wiadomości w zakresie tzw. minimum ftyzjatrycznego, a przede wszystkim podejrzanych o gruźlicę kierować do poradni przeciwgruźliczej. Ponadto powinien on współpracować z poradnią w nadzorze zdrowotnym środowisk gruźliczych obejmując opieką chorych, ich otoczenie i rekonwalescentów.

Poradnia przeciwgruźlicza klasyfikuje pacjentów według jednolitego podziału na grupy poradniane na podstawie kryterium klinicznego, epidemiologicznego i organizacyjnego.

W podziale tym uwzględnia się osoby chore, osoby po przebytej gruźlicy oraz osoby z wyższym od przeciętnego zagrożeniem na zachorowanie (osoby zagrożone).

Pełny podział na grupy poradniane przedstawia się następująco:

Czynna gruźlica układu oddechowego:

grupa I A — osoby z gruźlicą układu oddechowego, u których stwierdzono prątki; w tym I A_2 — osoby jw. z utrzymującymi się prątkami w plwocinie ponad 2 lata, czyli tzw. chorzy przewlekle, chronicy;

grupa II A — osoby przeniesione z grupy I po odprątkowaniu, dla 1-rocznej obserwacji wyników leczenia;

grupa II B — osoby z gruźlicą układu oddechowego czynną, nie potwierdzoną bakteriologicznie.

Przebyta gruźlica układu oddechowego:

grupa III A — osoby uprzednio zarejestrowane w grupie II A, obserwowane przez następny rok w celu potwierdzenia pełnego wygojenia zmian chorobowych;

grupa III B — osoby przeniesione z grupy II B, obserwowane przez następny rok w celu potwierdzenia pełnego wygojenia zmian chorobowych.

Grupa zwiększonego ryzyka zachorowania:

grupa IV A — osoby zdrowe pozostające w bezpośredniej styczności z chorymi prątkującymi, obserwowane przez 12 miesięcy po ustaniu styczności z chorym prątkującym;

grupa IV C — osoby zdrowe, głównie dzieci i młodzież, u których stwierdzono wybitnie wzmożony odczyn tuberkulinowy obserwowane przez rok;

grupa IV D — osoby uprzednio chore na gruźlicę;

grupa IV E — osoby, u których stwierdzono drobne zmiany włókniste w płucach, wykryte najczęściej drogą masowej radiofotografii, bez klinicznych objawów choroby.

Gruźlica pozapłucna:

grupa V A — osoby z czynną gruźlicą pozapłucną z rozpoznaniem potwierdzonym bakteriologicznie;

grupa V B — osoby z czynną gruźlicą pozapłucną, u których nie potwierdzono prątków;

grupa V C — osoby po przebytej gruźlicy pozapłucnej, tj. poprzednio zarejestrowane w grupie V A lub V B, obserwowane przez 3 lata w celu potwierdzenia trwałości wyników leczenia.

Obserwacja i niegruźlicze choroby układu oddechowego:

grupa VI — osoby ze zmianami o nie ustalonej etiologii obserwowane przez 6 miesięcy w celu ustalenia rozpoznania;

grupa VI P — osoby z nieswoistymi chorobami układu oddechowego.

Chorzy ze stwierdzoną gruźlicą podlegają systematycznemu leczeniu przeciwprątkowemu. System leczenia opiera się na stosowaniu równocześnie trzech leków, podawanych pod nadzorem pielęgniarki.

Wojewódzki specjalistyczny zespół gruźliczy i chorób płuc lub wojewódzka przychodnia gruźlicy i chorób płuc sprawują nadzór fachowy nad prawidłową działalnością terenowych poradni przeciwgruźliczych. Kierownik wojewódzkiej przychodni działa jako doradca kierownika wojewódzkiego wydziału zdrowia i opieki społecznej w organizowaniu i koordynowaniu walki z gruźlicą na terenie województwa, z obowiązkiem kontrolowania placówek lecznictwa ftyzjatrycznego. Często pełni on jednocześnie obowiązki specjalisty wojewódzkiego.

Wojewódzka przychodnia gruźlicy i chorób płuc obejmuje 3 główne kierunki działalności:

1) konsultacja przypadków bardziej skomplikowanych, skierowanych przez poradnie przeciwgruźlicze z terenu województwa oraz ewentualnie ich leczenie (działalność konsultacyjna);

2) zbieranie i opracowywanie danych statystycznych oraz ustalanie potrzeb kadrowych i materiałowych, a także planowanie dzia-

łalności w zakresie walki z gruźlicą i chorobami płuc (działalność metodyczno-organizacyjna);

3) szkolenie i doszkalanie personelu fachowego oraz przekazywanie najnowszych zdobyczy naukowych z zakresu profilaktyki, leczenia i rehabilitacji w gruźlicy i chorób płuc lekarzom terenowych placówek ftyzjopulmonologicznych (działalność dydaktyczna).

Stacjonarne zakłady przeciwgruźlicze stanowią ogniwo kontynuujące leczenie ambulatoryjne i domowe. Do zakładów tych zalicza się: szpitale i oddziały gruźlicy i chorób płuc, sanatoria dla dorosłych, sanatoria dla dzieci i młodzieży oraz prewentoria (zakłady te obejmują także nauczanie), sanatoria rehabilitacyjne i półsanatoria przy zakładach pracy.

Częściową charakterystykę zakładów przedstawiono w dziale omawiającym stacjonarną opiekę zdrowotną. Należy zaznaczyć, że obecnie coraz bardziej zaciera się różnica w zakresie kwalifikowania i leczenia chorych między szpitalami a sanatoriami przeciwgruźliczymi. Do obu typów zakładów stacjonarnych powinni być kierowani przede wszystkim chorzy ze świeżymi zmianami, chorzy oporni na leki klasyczne i przeciwprątkowe oraz chorzy zakwalifikowani do leczenia operacyjnego (w Polsce istnieje 16 klinik, sanatoriów i szpitali z ośrodkami chirurgicznego leczenia gruźlicy płuc). Niektóre sanatoria są szczególnie ukierunkowane na terapię rehabilitacyjną, tworząc oddziały terapii zajęciowej. Aktualna liczba łóżek szpitalnych i sanatoryjnych dla chorych na gruźlicę w Polsce wynosi około 20 000. Prewentoria i sanatoria przeciwgruźlicze mają charakter zakładów profilaktycznych. Półsanatoria dla studentów i pracowników zakładów przemysłowych mają zapewnić lepsze warunki bytowe przebywającym w nich chorym i stały nadzór lekarski, umożliwiając im uczestnictwo w zajęciach dydaktycznych lub zawodowych.

Naczelny nadzór fachowy w zakresie walki z gruźlicą i chorobami płuc w Polsce pełni I n s t y t u t G r u ź l i c y, wykonujący zadania w zakresie krajowego nadzoru specjalistycznego. Współpracuje on ściśle ze specjalistami wojewódzkimi, wojewódzkimi przychodniami przeciwgruźliczymi, klinikami ftyzjatrycznymi akademii medycznych, w zakresie szkolenia kadr, badań epidemiologicznych, opracowywania planów perspektywicznych i metod pracy oraz innych zadań wynikających z nadzoru specjalistycznego.

CHOROBY PRZENOSZONE DROGĄ PŁCIOWĄ (CHOROBY WENERYCZNE)

Pod koniec lat sześćdziesiątych stwierdzono w Polsce ponowny od czasów powojennych wzrost zachorowań na choroby przenoszone drogą płciową.

Na przełomie lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych współczynniki zachorowalności osiągnęły najwyższe wartości i wynosiły 5,2—7,2 na 10 000 dla kiły i 15,3 na 10 000 dla rzeżączki. Od tego okresu natężenie zachorowań zaczęło maleć. Spadek zachorowań na kiłę objawową wczesną był wyraźniejszy niż na rzeżączkę, jednak od roku 1977 uległ on pewnemu zahamowaniu, stabilizując się na poziomie około 2500 zachorowań rocznie.

Tabela 11

Zachorowania na kiłę w Polsce w latach 1960—1979

Rok	Liczba przypadków kiły objawowej wczesnej	Współczynnik zachorowań na kiłę na 100 000 ludności
1960	4 741	16,0
1965	7 435	23,6
1970	15 187	46,4
1975	3 301	9,7
1979	2 490	7,0

Obecnie współczynnik zachorowalności na kiłę wśród mężczyzn jest nieco wyższy, a na rzeżączkę trzykrotnie wyższy w porównaniu z populacją kobiet. Dla obu chorób okres najwyższej zapadalności przypada na wiek 20—29 lat. Nowo wykryte przypadki w tej grupie płci stanowią prawie połowę ogółu zachorowań na kiłę objawową wczesną. Największą liczbę nowych zachorowań na kiłę obserwuje się w dużych miastach.

W 1970 roku na 100 000 ludności przypadało 152,5 zachorowań na rzeżączkę. Po dość gwałtownym spadku zachorowalności (lata 1971—1974), od 1975 roku obserwuje się wzrost liczby zachorowań na rzeżączkę (37 000—39 000 rocznie), a szczególnie w 1979 roku (tab. 12).

Należy jednak podkreślić, że podane w tabeli liczby nie obrazują rzeczywistej zapadalności na rzeżączkę ze względu na braki w rejestracji zachorowań.

Tabela 12

Zachorowania na rzeżączkę w Polsce w latach 1960—1979 (wskaźnik na 100 000 ludności)

Rok	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
1960	84,5	124,5	47,0
1965	131,9	196,5	70,9
1970	152,5	216,7	90,9
1975	109,2	165,7	55,6
1979	112,6	170,0	58,5

Zwiększeniu się liczby zachorowań na choroby przenoszone drogą płciową w ostatnich latach sprzyjało wiele czynników. Należą do nich między innymi: nasilenie migracji ludności (rozwój turystyki, powstawanie wielkich ośrodków przemysłowych, urbanizacja) oraz lekceważenie — zwłaszcza przez ludzi młodych — możliwości zakażenia i niebezpieczeństwa choroby wenerycznej, co wiąże się z wiarą w całkowitą skuteczność leczenia. Istotną przyczyną decydującą o zwiększaniu się liczby zakażeń jest także zmiana obyczajowości we współczesnych społeczeństwach, powodująca wcześniejsze rozpoczynanie życia płciowego przez młodzież nie przygotowaną do tego oraz częsta anonimowość kontaktów płciowych. Anonimowość ta w konsekwencji prowadzi do niemożności wykrycia źródeł zakażenia i przerwania łańcucha epidemiologicznego.

Podstawy prawne zwalczania chorób przenoszonych drogą płciową

Podstawowym aktem prawnym, na którym opiera się zwalczanie chorób wenerycznych w Polsce, jest dekret z 16 IV 1946 roku o zwalczaniu chorób wenerycznych.

W 1948 roku dekret ten stał się podstawą szeroko zorganizowanej walki z chorobami wenerycznymi w naszym kraju, znanej pod nazwą „akcji W". Akcja ta przyczyniła się do znacznego zmniejszenia zachorowalności z powodu chorób wenerycznych, które w okresie powojennym były bardzo rozpowszechnione.

Dekret określa, jakie choroby należy uważać za weneryczne (kiła, rzeżączka, wrzód weneryczny), oraz obowiązki chorego, obowiązki lekarza, obowiązki i uprawnienia władz administracyjnych.

W myśl obowiązujących przepisów prawnych obowiązkowym badaniom w celu wykluczenia choroby wenerycznej podlegają: osoby zatrudnione przy pracach, których wykonywanie jest zabronione pracownikom dotkniętym chorobą weneryczną, kobiety ciężarne, osoby wskazane jako źródło zakażenia, osoby podejrzane o chorobę weneryczną bądź o szerzenie tych chorób oraz pochodzące ze środowiska, w którym ujawniono znaczne nasilenie chorób przenoszonych drogą płciową (szkoły, zakłady pracy, obszary mieszkalne). Zależnie od okoliczności różne są formy egzekwowania obowiązku poddania się badaniom.

Obowiązki chorego. Choroby przenoszone drogą płciową podlegają przymusowemu leczeniu. Chory wenerycznie jest obowiązany: zarejestrować się w poradni skórno-wenerologicznej, wskazać lekarzowi źródło zakażenia oraz osoby, które sam mógł zarazić, poddawać się zabiegom i ściśle wykonywać zalecenia lekarskie, nie zawierać związku małżeńskiego, powstrzymywać się od kontaktów płciowych i przestrzegać reżimu leczenia.

Kontrola lekarska po wyleczeniu kiły trwa przez okres 3—5 lat, a w przypadku rzeżączki — 6 miesięcy. Osoby chore na kiłę, lub które na nią chorowały w przeszłości, nigdy nie mogą zostać krwiodawcami, mamkami ani oddawać swego naturalnego pokarmu do karmienia niemowląt.

Chory wenerycznie, który wbrew zakazom prawnym nie powstrzymuje się od obcowania płciowego, podlega odpowiedzialności karnej za narażenie partnera na zakażenie. Jeśli zaś nastąpi zakażenie, to w przypadku kiły czyn sprawcy kwalifikuje się jako przestępstwo ciężkiego uszkodzenia ciała, a w przypadku rzeżączki lub wrzodu wenerycznego, jako przestępstwo lekkiego uszkodzenia ciała.

Obowiązki lekarza. Lekarz, który przy wykonywaniu swego zawodu stwierdzi przypadek choroby wenerycznej, niezależnie od tego, czy podejmie leczenie, jest zobowiązany uświadomić chorego co do zaraźliwości choroby oraz co do karalności w przypadku zakażenia drugiej osoby. Lekarz jest także zobowiązany wpisać chorego do rejestru i najpóźniej w ciągu 7 dni od daty zgłosze-

nia się chorego przesłać doniesienie do właściwej poradni (przychodni) skórno-wenerologicznej.

Świadczeń leczniczych udziela choremu właściwa terenowa poradnia skórno-wenerologiczna. Chory ma jednak prawo wyboru lekarza, a nawet poradni, w której chciałby się leczyć.

Organizacja zwalczania chorób przenoszonych drogą płciową

Zgodnie z dekretem o zwalczaniu chorób wenerycznych, oraz późniejszymi przepisami Ministra Zdrowia, organizacja walki z chorobami przenoszonymi drogą płciową opiera się na następujących zasadach:

a) czynnym wykrywaniu wszelkich chorób i możliwych źródeł zakażenia;

b) rozpoznawaniu i leczeniu chorób przenoszonych drogą płciową na zasadzie bezpłatności, powszechnej dostępności i przymusowości;

c) kontroli lekarskiej po wyleczeniu (trwającej dla kiły 3—5 lat, a dla rzeżączki 6 miesięcy);

d) zapobieganiu kile wrodzonej;

e) prowadzeniu oświaty zdrowotnej wśród młodzieży i dorosłych.

Czynne wykrywanie chorób przenoszonych drogą płciową polega na ustaleniu źródeł zakażenia i kontaktów (obejmujących wywiad epidemiologiczny z chorym, zgłaszanie chorego i osób z kontaktu, ich badanie lekarskie) oraz na okresowych badaniach serologicznych i badaniach bakteriologicznych pewnych grup ludności.

Leczenie chorych wenerycznie (zarówno ambulatoryjnie, jak i w lecznictwie stacjonarnym) jest zupełnie bezpłatne i powinno się rozpocząć natychmiast po rozpoznaniu choroby, leczenie jest obowiązkowe aż do stwierdzenia wyleczenia przez lekarza.

Zapobieganie kile wrodzonej polega na badaniu u każdej kobiety ciężarnej odczynu serologicznego krwi (trzykrotnie podczas trwania ciąży oraz w trakcie porodu), leczeniu ciężarnej, która chorowała kiedyś na kiłę lub miała kontakt z chorym na kiłę, oraz na prowadzeniu akcji uświadamiającej, aby osoby wstępujące w związek małżeński zgłaszały się w celu badania odczynu serologicznego.

Zapobieganie zakażeniom kiłą przez krew polega na badaniu serologicznym krwiodawców i sprawdzaniu, czy wśród chorych wenerycznie nie znajdują się dawcy krwi.

Działalność oświatowo-zdrowotna obejmuje akcje uświadamiające (zwłaszcza w wyższych klasach licealnych i zakładach pracy) oraz filmy, audycje i wystawy. Właściwa forma oświaty zdrowotnej dla młodzieży — to systematyczna praca wychowawcza i uświadamiająca poprzez odpowiednie programy i przygotowane kadry nauczycielskie. Sieć zakładów służby zdrowia powołanych do zwalczania chorób przenoszonych drogą płciową w Polsce stanowią:

a) wojewódzkie przychodnie skórno-wenerologiczne,

b) terenowe poradnie skórno-wenerologiczne w zespołach opieki zdrowotnej.

Jak wskazują nazwy tych placówek, mają one zadania profilaktyczno-lecznicze zarówno w dziedzinie chorób przenoszonych drogą płciową, jak i skórnych.

Do zadań w o j e w ó d z k i c h p r z y c h o d n i s k ó r n o - w e n e r o l o g i c z n y c h należą:

a) organizacja i kierowanie walką z chorobami przenoszonymi drogą płciową (i skórnymi) na terenie województwa;

b) sprawowanie nadzoru fachowego nad poradniami i szpitalami (oddziałami) skórno-wenerologicznymi;

c) konsultacja chorych kierowanych przez poradnię skórno-wenerologiczną i ich ewentualne leczenie;

d) analiza danych statystycznych i opracowywanie metod zwalczania chorób;

e) doszkalanie personelu fachowego.

W zakresie wykonywania nadzoru fachowego przychodnia współpracuje ze specjalistą wojewódzkim, kliniką dermatologiczną lub oddziałem dermatologicznym szpitala wojewódzkiego.

T e r e n o w a p o r a d n i a s k ó r n o - w e n e r o l o g i c z n a jest podstawową placówką opieki zdrowotnej w zakresie zwalczania chorób przenoszonych drogą płciową. Zadania jej można podzielić na:

a) zapobiegawcze — polegające na przeprowadzaniu badań u osób podejrzanych o choroby przenoszone drogą płciową;

b) lecznicze — polegające na leczeniu chorych i kontrolowaniu przypadków po leczeniu;

c) metodyczno-organizacyjne, obejmujące rejestrację i nadzór nad zgłaszalnością chorych osób z kontaktów, zbieranie danych statystycznych, współpraca ze stacją krwiodawstwa, milicją obywatelską itp.

W skali krajowej koordynację i nadzór specjalistyczny nad zwalczaniem chorób przenoszonych drogą płciową prowadzi Instytut Wenerologii Akademii Medycznej w Warszawie (reaktywowany w roku 1970).

CHOROBY UKŁADU KRĄŻENIA

Obserwacje statystyczne i epidemiologiczne wykazują, że w krajach rozwiniętych pod względem cywilizacyjnym choroby układu krążenia wysuwają się obecnie na jedno z pierwszych miejsc wśród przyczyn umieralności, chorobowości i inwalidztwa. W ostatnich latach obserwujemy także w Polsce coraz większe rozpowszechnienie chorób układu krążenia (zwłaszcza choroby wieńcowej, nadciśnienia tętniczego oraz przewlekłego zespołu płucno-sercowego).

Ogólną orientację co do rozpowszechnienia i społecznych skutków chorób układu krążenia w Polsce można uzyskać z analizy ich udziału wśród przyczyn chorobowości i zachorowalności, absencji chorobowej, inwalidztwa oraz umieralności.

Z wyliczeń szacunkowych wynika, że chorobowość z powodu schorzeń układu krążenia (tj. ogólna liczba rozpoznanych przypadków tych chorób wśród ogółu ludności) wynosi w Polsce około 7—10%, a zachorowalność roczna (tj. liczba nowych przypadków tych chorób rozpoznanych w ciągu roku) około 5% ogólnej zachorowalności.

Chorobowość i zachorowalność na choroby układu krążenia wśród osób pracujących wynosi około 50 przypadków na 1000 zatrudnionych, a liczba dni niezdolności do pracy z powodu tych chorób w 1979 roku wynosiła ponad 12% ogólnej liczby dni niezdolności do pracy (17 dni rocznie na 1 zatrudnionego wobec 13 dni w 1970 roku).

Wśród wszystkich przyczyn inwalidztwa 2% stanowią wady wrodzone, 10% następstwa urazów wypadkowych, a 88% choroby przewlekłe. Wśród chorób przewlekłych wywołujących trwałe inwalidztwo ponad 30% stanowią obecnie choroby układu krążenia. Bezwzględna liczba inwalidów z powodu chorób układu krążenia zwiększa się w naszym kraju o ponad 30 000 osób rocznie.

Z analizy struktury chorobowości wśród osób zgłaszających się do lekarzy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej wynika, że w grupie chorych na choroby układu krążenia znacznie przeważają przypadki chorób serca na tle stwardnienia tętnic i zwyrodnienia mięśnia serca (wśród nich choroba wieńcowa i zawał serca) oraz inne choroby serca (wśród nich przewlekły zespół płucno-sercowy).

Obie te grupy chorób serca stanowią łącznie z poradniach ogólnych ponad 42%, a w poradniach kardiologicznych ponad 50% wszystkich przypadków chorób układu krążenia. Spośród innych przyczyn duży odsetek stanowi nadciśnienie tętnicze (ponad 15% przypadków).

Liczba chorych leczonych w szpitalach z powodu chorób układu krążenia zwiększyła się w Polsce w latach 1961—1980 o 176% i wynosiła w 1980 roku 476 000 osób, co także przemawia za stałym i szybkim zwiększaniem się udziału chorób układu krążenia w obecnej chorobowości ludności naszego kraju.

Ogólna umieralność ludności w Polsce (tj. ogólna liczba zgonów w ciągu roku na 1000 ludności) w okresie ostatnich kilku lat utrzymuje się na zbliżonym poziomie. Rośnie natomiast umieralność z powodu chorób układu krążenia, co znajduje swe odzwierciedlenie między innymi w stałym zwiększaniu się odsetkowego udziału chorób układu krążenia wśród przyczyn umieralności ogólnej. Obecnie ponad 45% wszystkich zgonów w Polsce jest następstwem chorób układu krążenia.

Najczęstszą przyczyną zgonów spośród chorób układu krążenia są choroby serca na tle stwardnienia tętnic i zwyrodnienia mięśnia serca, które obejmują także chorobę wieńcową i zawał serca.

Na uwagę zasługuje charakterystyczna tendencja zwiększania się umieralności, chorobowości i inwalidztwa z powodu chorób układu krążenia wraz z wiekiem ludności. Należy więc przewidywać, że wobec stałego zwiększania się przeciętnej długości życia ludzkiego w naszym kraju, a zatem zwiększania się także liczby ludności w średnich i starszych grupach wieku, będzie zwiększał się udział chorób układu krążenia wśród przyczyn chorobowości, inwalidztwa

i zgonów. W ślad za tym będzie zwiększało się stałe zapotrzebowanie ludności na różne formy opieki zdrowotnej (profilaktycznej, leczniczej, rehabilitacyjnej) dla chorych z chorobami układu krążenia.

Względy humanitarne i niekorzystne skutki społeczno-ekonomiczne wywołane chorobami układu krążenia (przedwczesne zgony, niezdolność do pracy, koszty opieki nad chorymi i inwalidami) narzucają konieczność racjonalnej organizacji zapobiegania i zwalczania chorób układu krążenia w skali społecznej. Uzasadniony jest zatem stały wzrost zainteresowania problematyką społeczną tych chorób, zarówno w kręgu pracowników fachowych służby zdrowia, jak i wśród ogółu społeczeństwa.

Usprawnienie opieki zdrowotnej nad chorymi z chorobami układu krążenia jest realizowane obecnie. Opiera się ono na następujących założeniach:

W zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej:

Podstawową opiekę nad chorymi i chorobami układu krążenia w mieście i na wsi sprawują lekarze rejonowi (ogólny, przemysłowy i pediatra). Opiekę specjalistyczną zapewnia lekarz internista przeszkolony w zagadnieniach kardiologii, zatrudniony w poradni internistycznej. Organizowanie poradni przyszpitalnych powinno zapewnić niezbędną ciągłość leczenia, przyczynić się do racjonalnego wykorzystania kadr i urządzeń oraz ułatwić nadzór ze strony ordynatora.

Na szczeblu województwa powinna być zorganizowana poradnia kardiologiczna. Zadaniem jej jest udzielanie świadczeń konsultacyjnych, leczniczych oraz działalność metodyczno-organizacyjna.

W zakresie pomocy doraźnej:

Pomoc doraźna w miejscu zachorowania oraz w czasie ewentualnego przewozu do szpitala jest zadaniem pogotowia ratunkowego. Obecna działalność w tym zakresie wymaga usprawnienia, co wiąże się z potrzebą doszkolenia personelu fachowego oraz wyposażenia karetek pogotowia w podstawowy sprzęt i leki potrzebne do natychmiastowego udzielenia pomocy w przypadkach ostrych zaburzeń układu krążenia. Postępowanie doraźne jest kontynuowane w czasie przyjmowania chorego do szpitala. Wymaga to poprawy funkcji i wyposażenia izb przyjęć oraz podniesienia kwalifikacji

personelu lekarskiego i pielęgniarskiego w zakresie udzielania pomocy w stanach ostrego zagrożenia życia z powodu chorób układu krążenia.

W zakresie stacjonarnej opieki zdrowotnej:

Tam, gdzie istnieje potrzeba, a są warunki kadrowe i materialne, dopuszcza się możliwość tworzenia oddziałów, pododdziałów lub wydzielania łóżek kardiologicznych.

Oddziały chorób wewnętrznych szpitali ZOZ powinny poprawić poziom swych świadczeń leczniczych dla chorych na choroby układu krążenia w takim stopniu, aby mogły prowadzić ich leczenie (z wyjątkiem przypadków diagnostycznie lub terapeutycznie skomplikowanych).

Oddziały szpitali wojewódzkich powinny być w pełni dostosowane do prowadzenia leczenia wszystkich przypadków chorób układu krążenia. Oddziały te należy traktować jako placówki odwoławcze dla innych szpitali w dziedzinie rozpoznawania, leczenia i rehabilitacji.

Należy dążyć, zwłaszcza w większych miastach, do zapewnienia miejsc dla przewlekle chorych w istniejących i nowo budowanych zakładach opieki społecznej oraz organizowania zakładów leczniczych dla ozdrowieńców w przypadkach chorób układu krążenia. Przyczyni się to do racjonalniejszego wykorzystania łóżek oraz do zwiększenia sprawności i gotowości szpitali dla chorych na ostre i bardziej skomplikowane choroby.

W zakresie rehabilitacji:

Należy stosować metody rehabilitacji wewnątrzszpitalnej (przyłóżkowej) u chorych z chorobami układu krążenia, zwłaszcza w odniesieniu do stanów po świeżym zawale serca. Rehabilitacja ambulatoryjna powinna być koncentrowana przede wszystkim w zespole rehabilitacji odpowiedniego szpitala. Rehabilitacja sanatoryjna — w odpowiednio wyspecjalizowanych sanatoriach.

W zakresie dokształcania i doskonalenia kadr fachowych:

Dokształcanie lekarzy powinno zmierzać przede wszystkim do rozwiązania podstawowego zagadnienia, jakim jest zatrudnienie w każdym zespole opieki zdrowotnej przynajmniej jednego internisty przeszkolonego w zagadnieniach kardiologii.

Lekarze rejonowi w mieście (ogólni i pediatrzy) i na wsi powinni nabyć niezbędną znajomość zagadnień kardiologicznych, potrzebną dla sprawowania podstawowej opieki nad chorymi na choroby układu krążenia. Realizacją tego postulatu powinni się zająć ordynatorzy oddziałów chorób wewnętrznych szpitali ZOZ-ów przy współudziale lekarzy pracujących w poradniach internistycznych, wykorzystując wszelkie dostępne formy i metody szkolenia.

Doszkalanie średniego personelu medycznego powinno uwzględniać przede wszystkim zasady postępowania pielęgniarskiego wobec najczęściej chorych (w stanie ostrego zagrożenia życia) oraz rehabilitacji kardiologicznej. Szkoleniem kieruje ordynator oddziału chorób wewnętrznych w porozumieniu z przełożoną pielęgniarek. Równolegle powinni zostać objęci szkoleniem technicy medyczni pracowni elektrokardiograficznych.

Na podstawie podanych wyżej założeń wydziały zdrowia i opieki społecznej przy współpracy z klinikami akademii medycznych oraz specjalistami wojewódzkimi w zakresie chorób wewnętrznych i kardiologii (kierownikami poradni kardiologicznych) rozwijają sieć opieki kardiologicznej dla ludności, zwracają szczególną uwagę na zagadnienia dokształcania i doskonalenia personelu fachowego, uzupełnienia wyposażenia i właściwe formy organizacji opieki nad chorymi z chorobami układu krążenia. Przy obecnych możliwościach diagnostycznych i leczniczych skuteczność zapobiegania i zwalczania chorób układu krążenia może być bardzo duża, zależy jednak od systematycznej kontroli stanu zdrowia ludności (badania przeglądowe i okresowe ludzi zagrożonych chorobą oraz dyspanseryzacja ludzi chorych) oraz od racjonalnego współdziałania osób zagrożonych chorobą i chorych w postępowaniu zapobiegawczym i leczniczym.

CHOROBY NOWOTWOROWE

W Polsce, podobnie jak na całym świecie, obserwuje się wzrost zachorowań i zgonów z powodu chorób nowotworowych.

Liczba zgonów zwiększyła się w naszym kraju w latach 1960—1978 z 8,9 do 16,1 na 10 000 ludności. Liczba nowych zachorowań w Polsce w ostatnich latach zbliża się do 70 000 rocznie (tab. 13).

Należy jednak zdawać sobie sprawę z tego, że nie wszystkie przypadki zachorowań na nowotwory są prawidłowo rejestrowane. Jak ocenia Instytut Onkologii w Warszawie, to „niedorejestrowanie" nowotworów wynosi 10—11%.

W ocenie częstości występowania nowotworów złośliwych pełniejszym i bardziej wiarygodnym źródłem niż informacje o zachorowaniach są dane ze statystyk zgonów, chociaż umieralność zależy nie tylko od zachorowalności na nowotwory, ale także od ich wyleczalności.

Oceniając umieralność na nowotwory w latach 1960—1978 obserwuje się trend wzrostowy. Wzrost ten zależy najprawdopodobniej od dokładniejszego określania przyczyn zgonów, ale również od wzrostu częstości niektórych nowotworów złośliwych, np. raka płuc.

W 1978 roku zgony spowodowane nowotworami stanowiły 17,6% ogólnej liczby zgonów w kraju. Umieralność mężczyzn 17,9 na 10 000 była wyższa od analogicznego współczynnika u kobiet, który wynosił 13,9 na 10 000. Umieralność mężczyzn z powodu nowotworów wzrastała w ostatnich latach (1970—1978) szybciej niż kobiet i wzrost ten wynosił 20%, a umieralność kobiet 10%.

Tabela 13

Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce w latach 1960—1978

Lata	Zachorowania		Zgony			
			mężczyźni		kobiety	
	liczby bezwzględne	na 10 000	liczby bezwzględne	na 10 000	liczby bezwzględne	na 10 000
1960	29 421	9,9	13 969	9,7	14 737	9,6
1965	37 790	12,0	20 535	13,4	20 442	12,6
1970	56 248	17,1	23 695	14,9	21 193	12,6
1975	61 464	18,1	28 056	16,9	23 712	13,5
1978	68 542	19,5	30 530	17,9	24 937	13,9

W strukturze zgonów u mężczyzn dominują nowotwory złośliwe płuc (29,8%) i żołądka (19,2%). W strukturze zgonów kobiet pierwsze miejsce zajmują zgony z powodu nowotworów żołądka (13,4%),

a w następnej kolejności nowotwory gruczołu piersiowego (12,9%) i szyjki macicy (7,7%).

Należy podkreślić znacznie większą częstość nowotworów złośliwych u ludzi starych. Ponad 50% wszystkich zgonów dotyczy ludzi w wieku po 65 roku życia.

Obserwowany stały wzrost częstości występowania nowotworów zależy przede wszystkim od:

— czynników demograficznych związanych z postępującym procesem starzenia się ludności;

— wzrastającego upowszechnienia i doskonalenia metod diagnostycznych.

Początki organizacji walki z rakiem w Polsce sięgają pierwszych lat XX wieku. Momentem przełomowym w historii polskiej onkologii było stworzenie w roku 1932 z inicjatywy Marii Skłodowskiej-Curie Instytutu Radowego w Warszawie. Budowa tego Instytutu była wyrazem hołdu narodu polskiego dla wielkiej rodaczki, która ze swej strony ofiarowała Instytutowi pierwszy gram radu.

Instytut Radowy był pierwszym naukowym ośrodkiem onkologicznym w Polsce. W czasie II wojny światowej (podczas powstania warszawskiego) Instytut został spalony. Rad udało się uratować. Odbudowę Instytutu wraz z pełnym wyposażeniem zakończono w 1947 roku. W tym czasie powstał w Gliwicach Państwowy Instytut Przeciwrakowy, a w roku 1951 Instytut Radowy w Krakowie. W tym samym roku dekretem Rady Państwa wszystkie trzy instytuty zostały uznane za instytuty naukowo-badawcze. Instytut w Warszawie otrzymał nazwę: „Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie" i rolę ośrodka kierującego całą organizacją walki z rakiem w Polsce. Instytuty Onkologii w Gliwicach i Krakowie są jego filiami.

Zagadnienie profilaktyki chorób nowotworowych jest bardzo trudne, ponieważ nie znamy przyczyn ich powstawania. W praktyce przydatne okazało się pojęcie tzw. stanów przedrakowych, przez które rozumiemy stan patologiczny tkanki lub narządu, na którego podłożu najczęściej rozwija się nowotwór. Rozpoznawanie stanów przedrakowych ułatwia w praktyce wczesne wykrywanie nowotworów i zapobieganie ich rozwojowi.

W większości przypadków wczesne rozpoznanie i poprawne leczenie może dać 80%, a nawet więcej szans na trwałe wyleczenie. Do

tej grupy nowotworów należą między innymi: rak gruczołu piersiowego, macicy, skóry, warg, języka, krtani, odbytnicy. Właściwe rozpoznanie i odpowiednie leczenie nowotworów może zapewnić jedynie zespół specjalistów (patolog, chirurg i radiolog, a w chorobach kobiecych również i ginekolog).

W celu zwalczania chorób nowotworowych zorganizowano w Polsce sieć opieki onkologicznej, składającą się z 3 podstawowych jednostek organizacyjnych:

1) instytuty onkologii;

2) wojewódzkie szpitale onkologiczne lub zespoły onkologiczne;

3) przychodnie onkologiczne (te ostatnie w powiązaniu ze szpitalem lub zespołem onkologicznym stanowią pełnoprofilowy ośrodek onkologiczny).

W zakres działalności instytutów onkologii wchodzą prace w dziedzinie badań doświadczalnych, onkologii klinicznej i organizacji walki z rakiem. Instytuty opracowują zagadnienia profilaktyki i wczesnego rozpoznawania, leczenia nowotworów i stanów przedrakowych i przekazują opracowane metody do sieci opieki onkologicznej i całej służby zdrowia.

Wojewódzkie szpitale onkologiczne (100—200 łóżek) są ośrodkami usługowymi. Zespoły specjalistów onkologów (histopatolog, radioterapeuta, chirurg) zapewniają stosowanie nowoczesnych metod rozpoznawczych i leczniczych.

Szczególnymi działami szpitala onkologicznego, których nie ma w szpitalach ogólnych, są: dział kontroli chorych oraz dział metodyczno-organizacyjny (wspólny dla szpitala onkologicznego i przychodni onkologicznej) zajmujący się podstawowymi zagadnieniami walki z rakiem na terenie województwa:

— koordynowaniem działalności dotyczącej wczesnego rozpoznawania i leczenia nowotworów w zakładach opieki zdrowotnej;

— planowaniem badań profilaktycznych i kontrolnych;

— planowaniem i organizowaniem doszkalania zawodowego personelu medycznego w zakresie onkologii;

— organizowaniem i prowadzeniem ewidencji chorych podejrzanych o nowotwory;

— opracowywaniem danych statystyczno-epidemiologicznych dotyczących zachorowalności i umieralności na nowotwory.

Oprócz wymienionych istnieją w Polsce inne jednostki szpitalne zajmujące się leczeniem chorób nowotworowych. Są to kliniki radioterapii akademii medycznych, niektóre kliniki ginekologii i położnictwa akademii medycznych oraz oddziały onkologii dziecięcej (Instytutu Matki i Dziecka i klinik akademii medycznej).

Placówkami onkologicznymi opieki zdrowotnej są **przychodnie onkologiczne**. Do ich zadań należy:

a) wykrywanie i leczenie stanów przedrakowych;

b) wczesne wykrywanie chorób nowotworowych i możliwie najwcześniejsze kierowanie wykrytych przypadków do właściwej jednostki leczniczej;

c) organizowanie opieki nad nieuleczalnie chorymi na nowotwory;

d) badania kontrolne chorych leczonych.

Jednocześnie wykrywaniem i leczeniem nowotworów zajmuje się cała służba zdrowia. Wykrywanie odbywa się głównie przez lekarzy lecznictwa ambulatoryjnego, gdzie najczęściej następuje pierwsze zetknięcie chorego z lekarzem, natomiast leczenie — na oddziałach chirurgii ogólnej (np. nowotwory płuc, przewodu pokarmowego) i innych oddziałach specjalistycznych (ginekologii, neurochirurgii, dermatologii, laryngologii itp.).

Aby zwiększyć możliwość jak najwcześniejszego wykrycia choroby nowotworowej, wprowadza się w Polsce masowe badania profilaktyczne. Obecnie dąży się do tego, aby badaniom były poddane wszystkie kobiety po 25 roku życia zgłaszające się do poradni ginekologicznej lub leczone z innych przyczyn w szpitalach. Badania profilaktyczne odbywają się również w zakładach pracy.

Do leczenia w zakładach onkologicznych są przyjmowani chorzy potrzebujący skojarzonego lub specjalnego leczenia, które przekracza techniczne możliwości szpitali ogólnych.

Problem opieki nad nieuleczalnie chorymi na nowotwory jest trudny do rozwiązania. Ze względu na niedostateczną liczbę łóżek w zakładach onkologicznych nie mogą one przyjmować przewlekle i nieuleczalnie chorych. Przeciw tworzeniu wydzielonych zakładów zamkniętych dla nieuleczalnie chorych przemawiają względy psychologiczne. Zagadnienie to zostało uregulowane zarządzeniem Ministra

Zdrowia i Opieki Społecznej, nakładającym obowiązek opieki nad nieuleczalnie chorymi na nowotwory na lekarzy rejonowych i szpitale ogólne, znajdujące się najbliżej miejsca zamieszkania chorego (z wydzieleniem na te cele odpowiedniej liczby łóżek). Poradnie onkologiczne mają obowiązek pomocy konsultacyjnej.

Od 1976 roku problematyka zwalczania nowotworów zyskała najwyższy priorytet wskutek nadania jej rangi problemu rządowego.

CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO

Choroby układu oddechowego są w Polsce jedną z głównych przyczyn absencji chorobowej oraz czwartą z kolei przyczyną zgonów. Narastają także w porównaniu z latami sześćdziesiątymi współczynniki chorobowości szpitalnej spowodowanej tymi chorobami.

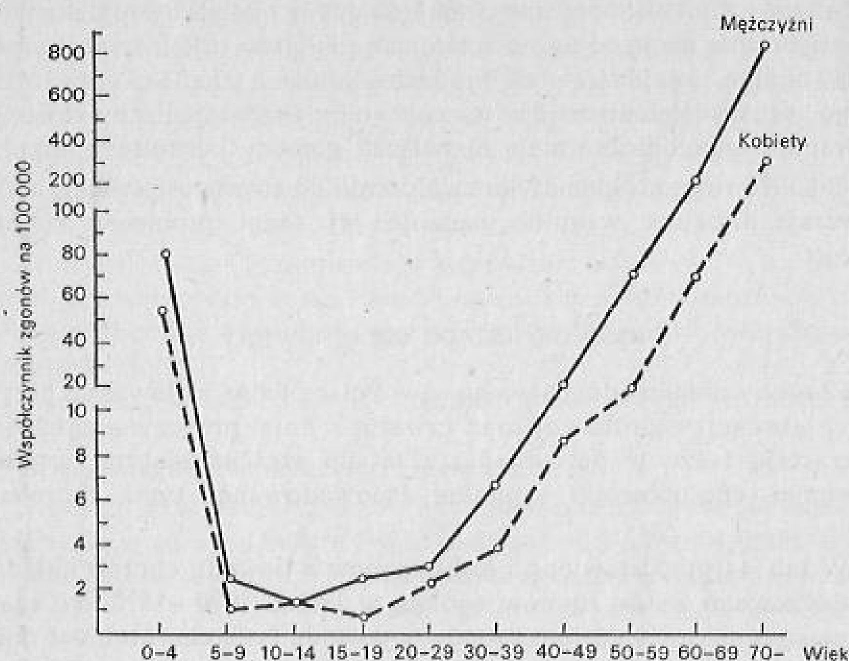
W tab. 14 przedstawiono udział zgonów z powodu chorób układu oddechowego wśród zgonów ogółem w latach 1970—1978. W analizowanym okresie poziom zgonów z powodu tych chorób uległ niewątpliwemu zmniejszeniu. Dotyczy to głównie lat 1970—1976. Po-

Tabela 14

Udział zgonów z powodu chorób układu oddechowego wśród zgonów ogółem w latach 1970—1978 (współczynnik na 10 000 ludności)

Lata	Współczynnik zgonów ogółem	Współczynnik zgonów z powodu chorób układu oddechowego	% zgonów z powodu chorób układu oddechowego
1970	81,3	6,8	8,4
1975	87,3	6,2	7,1
1976	88,5	5,4	6,1
1977	90,2	5,5	6,1
1978	92,9	6,0	6,5

dobnie udział zgonów z tego powodu wśród zgonów ogółem charakteryzował się tendencją spadkową (z 8,4% do 6,1%) tylko do 1976 roku. W chwili obecnej obserwuje się jego niewielki wzrost.



Ryc. 7. Zgony z powodu chorób układu oddechowego wg płci i wieku (1978 r.).

W tab. 15 przedstawiono natężenie zgonów z powodu chorób układu oddechowego wg płci i wieku na podstawie danych z 1978 roku. Zjawisko to dobrze obrazuje także ryc. 7.

Współczynniki umieralności są stosunkowo duże u małych dzieci, lecz najwyższe u osób powyżej 60 roku życia. Procentowy udział tych zgonów ogółem jest jednak najwyższy w najmłodszej grupie wieku. Dane te wskazują, że w roku 1978 co 7—8 zgon dziecka w wieku od 0 do 4 lat spowodowany był jedną z chorób układu oddechowego (12,9%).

Z danych o absencji chorobowej (tab. 16) wynika, że około $^1/_5$ dni niezdolności do pracy (21,5%) jest spowodowana chorobami układu oddechowego, zaś $^1/_{10}$ ostrymi zakażeniami tego układu. W analizowanym okresie udział tych chorób w absencji chorobowej ocenianej liczbą dni niezdolności do pracy pozostawał na podobnym poziomie i wahał się między 19 a 23%.

Tabela 15

Zgony z powodu chorób układu oddechowego wg płci i wieku w 1978 roku

Wiek	Liczba zgonów z powodu chorób układu oddechowego			Współczynnik zgonów na 100 000			Procent zgonów z powodu chorób układu oddechowego wśród zgonów ogółem		
	R	M	K	R	M	K	R	M	K
0—4	2 200	1 314	886	71,2	82,7	59,1	12,9	13,1	12,7
5—9	48	33	15	1,8	2,4	1,2	4,3	4,9	3,5
10—14	36	18	18	1,4	1,4	1,4	4,1	3,4	5,4
15—19	50	38	12	1,6	2,4	0,8	2,3	2,5	2,0
20—29	185	106	79	2,8	3,1	2,4	2,2	1,6	4,3
30—39	225	144	81	5,4	6,9	3,9	2,5	2,2	3,6
40—49	673	479	194	15,3	22,0	8,7	3,2	3,2	3,3
50—59	1 596	1 181	415	45,6	74,2	21,8	4,5	5,0	3,4
60—69	3 979	2 923	1 056	158,3	270,9	73,7	6,7	8,1	4,5
70+	12 008	7 051	4 957	559,2	890,2	363,7	7,0	9,3	5,2
Razem	21 000	13 287	7 713	60,25	78,3	43,1	6,45	7,5	5,2

Tabela 16

Udział dni niezdolności do pracy z powodu chorób układu oddechowego w ogólnej absencji chorobowej oraz dynamika zmian w latach 1970—1978 (współczynnik na 100 zatrudnionych)

Przyczyny	Lata			Wskaźnik dynamiki 1970/1978
	1970	1975	1978	
Ogółem	1301,4 100,0	1544,1 100,0	1672,5 100,0	128,5
Choroby układu oddechowego	298,6 22,9	322,6 20,9	360,2 21,9	120,6
w tym:				
1) ostre zakażenie układu oddechowego	106,6 8,2	154,5 10,0	181,6 10,9	170,4
2) grypa	117,9 9,1	82,1 5,3	77,6 4,6	65,8
3) pozostałe	74,1 5,7	86,0 5,6	101,0 6,0	136,3

Poziom absencji ogółem w roku 1978 był o 28% wyższy od poziomu w roku 1970, natomiast dynamika wzrostu absencji z powodu chorób układu oddechowego wynosiła tylko 20,6%.

Dużo większą dynamiką wzrostu charakteryzowały się ostre zakażenia układu oddechowego, gdyż absencja z tego powodu wzrosła w analizowanym okresie o 70,4%.

Wśród chorób układu oddechowego istotny problem stanowią przewlekłe nieswoiste choroby układu oddechowego (PNChUO). Statystyki zdrowotne nie odzwierciedlają jednak w wystarczającym stopniu występowania tych chorób w populacji. Przewlekłe nieżyty oskrzeli i rozedma płuc zazwyczaj rozwijają się powoli, podobnie jak dychawica oskrzelowa. Nawet jeżeli po latach doprowadzają do zgonu, to nie zawsze uwzględniane są przez lekarzy jako wyjściowa przyczyna śmierci.

W statystykach inwalidztwa i absencji chorobowej PNChUO nie są wyodrębnione spośród całej grupy chorób układu oddechowego, co uniemożliwia szczegółową analizę w tym zakresie.

WYPADKI, URAZY, ZATRUCIA

Wypadki, urazy i zatrucia stanowią ważną przyczynę zachorowań, absencji chorobowej i zgonów. Wśród przyczyn zachorowań ludności zajmują one 4 miejsce (po chorobach układu oddechowego, nerwowego i trawiennego). Znaczne straty biologiczne, społeczne i ekonomiczne są także związane z ich niepomyślnymi skutkami w postaci absencji chorobowej i inwalidztwa. W latach 1960—1979 liczba dni pracy straconych z powodu urazów, wypadków i zatruć w przeliczeniu na 100 zatrudnionych zwiększyła się ze 188 do 377.

Najbardziej wiarygodne i pełne dane dotyczą zgonów z tego powodu. W latach 1970—1979 systematycznie wzrastała (o około 1000 rocznie) liczba zgonów spowodowanych urazami i wypadkami. Jednocześnie wskaźnik zgonów wzrósł z 6,0 do 7,5 na 10 000 ludności, tj. o 25%, a wskaźnik struktury zgonów z 7,4 do 8,1%.

W roku 1979 odnotowano po raz pierwszy nieznaczny spadek liczby zgonów z ww. przyczyn oraz obniżenie się odpowiedniego wskaźnika natężenia. Mimo to jednak wzrósł do 8,1% udział zgonów z powodu urazów, wypadków, zatruć wśród zgonów ze wszystkich przy-

Tabela 17

Urazy, wypadki i zatrucia jako przyczyna zgonów w Polsce w latach 1970—1979

	1970	1975	1978	1979
Liczba zgonów	19 649	23 637	26 164	26 044
Wskaźnik zgonów na 10 000	6,0	7,0	7,5	7,4
Procent w stosunku do wszystkich zgonów	7,4	8,0	8,0	8,1

czyn, co związane jest ze spadkiem wskaźnika umieralności w 1979 roku w stosunku do lat poprzednich.

Obecnie wskaźniki zgonów są nieznacznie wyższe na wsi niż w mieście, wyższe też u mężczyzn w porównaniu z kobietami. Przyjmując za 100% wartości wskaźników z roku 1970 i odnosząc je do roku 1978, najwyższy wzrost (aż do 38%) zaobserwowano wśród mężczyzn ze wsi. Dla tej grupy wskaźnik ten jest obecnie najwyższy (12,8% na 10 000), 24% wzrost wskaźnika odnotowano dla kobiet z terenów wiejskich. Najmniejszym zmianom (wzrost o 9%) podlegał wskaźnik dla kobiet z miast, który wynosi obecnie 3,6 na 10 000.

W pierwszych latach analizowanej dekady urazy, wypadki i zatrucia przesunęły się z czwartej na trzecią pozycję wśród najczęstszych przyczyn zgonów (po chorobach układu krążenia i nowotworach złośliwych). Niemniej stanowią one najczęstszą przyczynę zgonów osób w wieku 1—39 lat.

Zwiększająca się urazowość wypadkowa jest ściśle związana z postępującą industrializacją kraju, zwiększonym zatrudnieniem ludności w przemyśle, wzrastającą migracją ludności ze wsi do miast, technizacją życia codziennego i rozwojem komunikacji.

Ze względu na częstość i znaczenie społeczne można wyodrębnić 3 zasadnicze grupy przyczyn urazowości wypadkowej — wypadki drogowe, stanowiące około 24% ogólnej liczby wypadków, wypadki domowe, stanowiące również około 24%, oraz wypadki w pracy — około 15%.

Wypadki drogowe. Rozwój motoryzacji — niewątpliwie korzystny dla rozwoju społeczeństw — kryje w sobie wiele niebezpieczeństw. Jednym z nich jest stały wzrost wypadków drogowych, a w ich następstwie zwiększenie liczby ofiar śmiertelnych i inwalidów.

Wzrost wypadków drogowych pociąga za sobą obok zwiększonej liczby ofiar śmiertelnych wzrost absencji chorobowej odnotowywanej w statystykach niezdolności do pracy w grupie „wypadki, zatrucia i urazy nie związane z zawodem".

Grupa ta wśród przyczyn absencji chorobowej w Polsce w 1979 roku zajmowała drugie miejsce (po chorobach układu oddechowego).

Aspekt medyczny profilaktyki wypadków drogowych wiąże się przede wszystkim z zagadnieniem właściwej selekcji kierowców pod względem zdrowotnym. Nie sposób pominąć tutaj także znaczenia alkoholizmu — problem ten w zasadzie nie odbiega od nadużywania alkoholu przez inne grupy zawodowe, jednak jego skutki są o wiele poważniejsze, dlatego też w interesie społecznym leży rygorystyczne przestrzeganie obowiązku trzeźwości przez osoby prowadzące pojazdy mechaniczne.

Oprócz profilaktyki — odgrywającej podstawową rolę w zmniejszeniu liczby wypadków i urazów — olbrzymie znaczenie mają właściwe metody leczenia ofiar wypadków drogowych, a zwłaszcza sprawna pomoc doraźna (omówiona w osobnym rozdziale).

Wypadki przy pracy. Bezwzględna liczba wypadków przy pracy jest niewątpliwie zależna od liczby ludności zatrudnionej w przemyśle oraz od stanu bezpieczeństwa i higieny pracy. Wskaźnik wypadków przy pracy na 1000 zatrudnionych ma w ostatnich latach wyraźną tendencję malejącą. Wiąże się to niewątpliwie z poprawą stanu bezpieczeństwa i higieny pracy w przemyśle. Tendencje malejące wykazuje też liczba zgonów z powodu wypadków przy pracy na 1000 zatrudnionych. Nadal jednak wypadki przy pracy stanowią poważny problem społeczny.

Obok technicznej strony zagadnienia (np. wprowadzanie bezpieczniejszych metod technologicznych w produkcji, lepszych metod organizacji pracy itp.) niewątpliwie ważną rolę w profilaktyce urazowości wypadkowej w miejscu pracy i w leczeniu jej skutków odgrywa przemysłowa służba zdrowia.

Urazowość wypadków przy pracy nie jest jednakowa w poszczególnych gałęziach gospodarki narodowej. Wiąże się to z różnym stopniem narażenia na urazy (np. w hutnictwie i w obrocie towarowym). Największa liczba osób, które uległy wypadkom w przeliczeniu na 1000 zatrudnionych, występuje w Polsce w kopalniach węgla, w przemyśle drzewnym, w hutnictwie, w przemyśle chemicznym oraz w budownictwie.

Wypadki domowe stanowią najliczniejszą grupę wypadków. Znaczny jest także ich udział wśród przyczyn inwalidztwa i absencji chorobowej w pracy. Kobiety z racji swych obowiązków domowych są bardziej narażone na urazy. W wielu krajach wypadki domowe stanowią najliczniejszą grupę wypadków wśród kobiet.

Profilaktyka urazowości w wypadkach domowych jest związana przede wszystkim z właściwym wyposażeniem mieszkań, zapobiegającym najczęstszym urazom (upadki z wysokości, oparzenia prądem elektrycznym, zatrucia gazem itp.) oraz systematyczną akcją uświadamiającą o niebezpieczeństwie wypadków domowych. Zmniejszenie skutków urazowości w wypadkach domowych jest zależne przede wszystkim od umiejętności udzielenia pierwszej pomocy oraz sprawnie działającej pomocy doraźnej.

CHOROBY ZAWODOWE

Praca i jej środowisko stanowią potężny czynnik kształtujący zdrowie człowieka. Jednym z ewidentnych skutków zdrowotnych niekorzystnych warunków pracy są choroby zawodowe. Mają one ścisły związek ze środowiskiem pracy, a także odzwierciedlają skuteczność działań zapobiegawczych podejmowanych przez placówki lecznicze sprawujące opiekę nad pracownikami zakładów pracy.

Jak wspomniano wcześniej, choroby zawodowe podlegają obowiązkowej rejestracji i od wielu lat są przedmiotem badań Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi.

W 1980 roku stwierdzono w Polsce ogółem 8305 przypadków chorób zawodowych. Średni roczny współczynnik zachorowalności wynosił 66,8 na 100 000 zatrudnionych i był o prawie 30% wyższy od analogicznego współczynnika w roku 1971 (tab. 18).

Tabela 18

Dynamika występowania chorób zawodowych w Polsce w latach 1971—1980

Lata	Liczba chorób zawodowych	Współczynnik na 100 000 zatrudnionych	Dynamika 1971 — 100%
1971	5008	51,7	100,0
1975	5971	52,2	100,9
1980	8305	66,8	129,2

Do najczęściej stwierdzanych chorób zawodowych należą: zawodowe uszkodzenia słuchu (26,2%), choroby zakaźne i inwazyjne (19,5%) oraz choroby skóry i błon śluzowych (12,1%). Szczegółową strukturę zamieszczono w tab. 19.

Najwyższą zachorowalność na te schorzenia obserwuje się w województwach: pilskim, wałbrzyskim i katowickim.

Występowanie chorób zawodowych jest dwukrotnie większe u mężczyzn w porównaniu z grupą kobiet. Ich częstość wzrasta bardzo szybko wraz z wiekiem zatrudnionych, co związane jest z wydłużaniem czasu narażenia zawodowego na czynniki szkodliwe.

Tabela 19

Struktura chorób zawodowych w Polsce w latach 1971—1979 (odsetki ogólnej liczby przypadków)

Rodzaj choroby	Lata		
	1971	1975	1979
Zatrucia ostre i przewlekłe oraz ich następstwa	18,9	19,0	10,5
Pylice płuc i inne zwłóknienia płuc oraz ich powikłania	17,9	12,0	11,6
Przewlekłe schorzenia tchawicy oskrzeli i tkanki płucnej z niewydolnością narządu oddechowego	2,6	2,3	4,1
Choroba wibracyjna	9,0	11,1	10,8
Zawodowe uszkodzenia słuchu	25,6	23,5	26,2
Choroby skóry i błon śluzowych	14,3	12,7	12,1
Choroby zakaźne i inwazyjne	8,7	16,9	19,5
Inne choroby zawodowe	3,0	2,5	5,2

ALKOHOLIZM

Alkoholizmem w potocznym znaczeniu określa się niewłaściwe używanie napojów alkoholowych — od sporadycznego nadużycia, poprzez pijaństwo, do właściwego alkoholizmu wykazującego już cechy chorobowe. Alkoholizm jest nie tylko zagadnieniem lekarskim, lecz także skomplikowanym problemem społecznym, w którym odzwierciedlają się moralne, kulturalne i ekonomiczne skutki panujące w danym społeczeństwie.

Problem alkoholizmu bezpośrednio wiąże się ze spożyciem napojów alkoholowych. Wskaźnik spożycia napojów alkoholowych na 1 mieszkańca w Polsce nie jest wysoki — np. w 1975 roku wynosił 6,9 l, podczas gdy we Francji był prawie 5 razy wyższy. Pod względem spożycia spirytusu, wódek czystych i gatunkowych na 1 mieszkańca Polska zajmuje jednak drugie miejsce po Szwecji. Daleko niższe jest spożycie w Polsce wina i piwa (tab. 20, 21; ryc. 8).

Tabela 20

Spożycie napojów alkoholowych w Polsce na 1 mieszkańca w latach 1950—1976

Lata	Napoje alkoholowe w litrach 100°	Wódka	Wino	Piwo
		w litrach		
1950	3,0	5,8	0,9	13,9
1960	3,8	6,0	4,5	22,8
1970	5,1	8,2	5,7	31,6
1975	6,9	11,5	7,5	36,8
1976	7,8	13,4	8,5	34,9

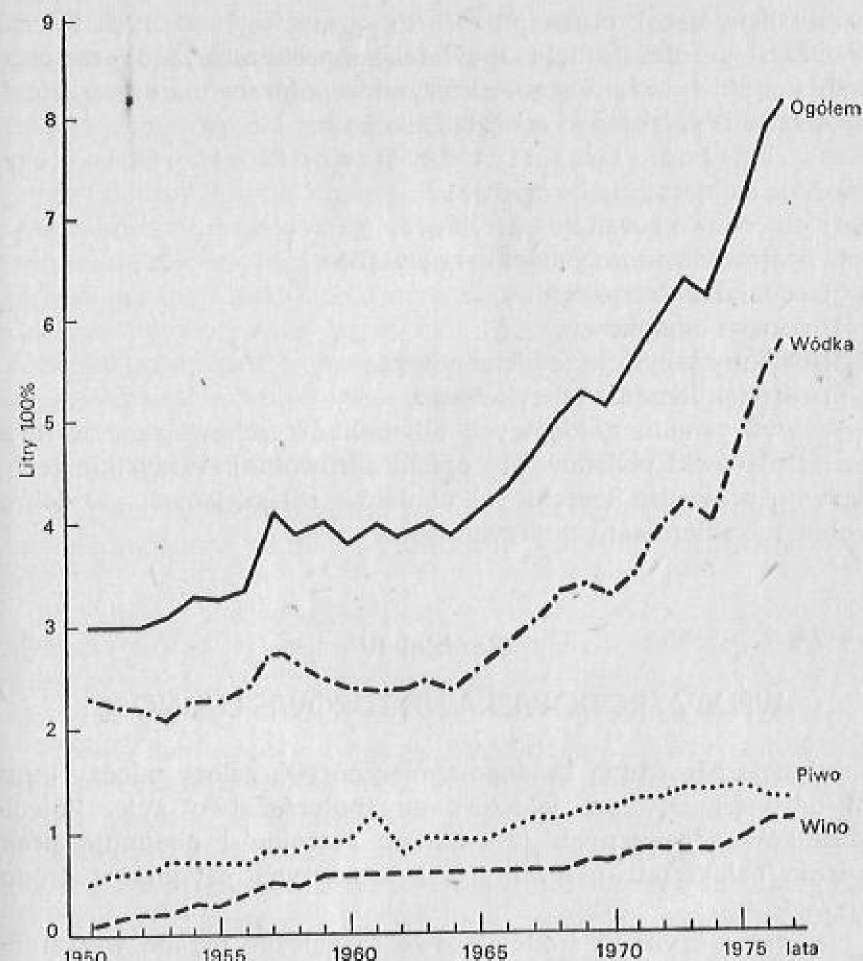
Olbrzymia większość społeczeństwa pije znacznie mniej alkoholu niż wynosi przeciętna, nieliczna mniejszość pije znacznie więcej. Spośród tej mniejszości rekrutują się nałogowi alkoholicy i kandydaci do nałogu. Podział konsumentów alkoholu ma duże znaczenie dla polityki przeciwalkoholowej. Zupełnie inne środki trzeba zastosować do większości społeczeństwa pijącej umiarkowanie — wystarczy tu propaganda, uświadamianie, organizacja wolnego czasu itd. Innych natomiast środków wymaga ograniczenie picia alkoholu wśród ludzi pijących dużo i często — konieczne stają się tu represje karne, kontrola w zakładach pracy, na drogach oraz leczenie.

Tabela 21

Spożycie napojów alkoholowych na 1 mieszkańca w niektórych krajach, w latach 1970—1975

Kraje	1970	1975	1977 = 100
	w litrach 100°		
Francja	15,6	17,0	109,0
Włochy	13,7	13,4	97,8
RFN	10,4	12,5	120,2
Austria	12,0	11,1	92,5
Węgry	9,1	9,5	104,4
Czechosłowacja	8,4	9,1	108,3
Kanada	6,6	9,0	136,4
Holandia	5,5	8,8	160,0
Wielka Brytania	6,4	8,1	126,6
NRD	6,1	7,7	126,2
Polska	5,1	6,9	135,3
Szwecja	5,7	6,2	108,8

Zasadniczy krok w walce z alkoholizmem w Polsce uczyniono już w 1956 roku. W tym roku wprowadzono przymusowe leczenie odwykowe nałogowych alkoholików obok innych prawnych form zwalczania skutków pijaństwa oraz ograniczania przyczyn tego zjawiska. Kolejną ustawą z 10 grudnia 1959 roku udoskonalono zwalczanie alkoholizmu przy wydatnym wykorzystaniu różnego rodzaju oddziaływań opartych na podstawach prawnych. Obecnie problematyką kompleksowego zwalczania alkoholizmu oraz wychowaniem w trzeźwości zajmuje się ustawa z 26 października 1982 roku (Dz.U. Nr 35, poz. 230). Osoby uzależnione od alkoholu są leczone bezpłatnie. Leczenie jest dobrowolne. Osoby, które wskutek nadużywania alkoholu powodują rozkład pożycia rodzinnego, demoralizację nieletnich, uchylają się od pracy albo systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny, mogą być, w trybie określonym ustawą, zobowiązane do poddania się leczeniu w stacjonarnym lub ambulatoryjnym zakładzie lecznictwa odwykowego. O obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu orzeka sąd rejonowy. Sąd wszczyna postępowanie na wniosek komisji ds. przeciwdziałania alkoholizmowi lub na wniosek prokuratora.



Ryc. 8. Spożycie napojów alkoholowych w Polsce na 1 mieszkańca, w latach 1950—1975.

Nadzór oraz bezpośrednie wykonawstwo w zakresie organizacji walki z alkoholizmem sprawują wydziały zdrowia i opieki społecznej. Ponieważ walka z alkoholizmem stanowi zagadnienie kompleksowe, nie można pominąć podstawowych powiązań w tym zakresie między służbą zdrowia a innymi instytucjami społecznymi i państwowymi — Społecznym Komitetem Przeciwalkoholowym (organizacja nastawiona przede wszystkim na działalność profilaktyczną

i uświadamiającą), organami resortu spraw wewnętrznych i ścigania przestępczości (Milicja Obywatelska, prokurator, sąd) oraz organami handlu wewnętrznego, z którymi współpraca ma prowadzić do ograniczenia sprzedaży i spożycia alkoholu.

Na system lecznictwa przeciwalkoholowego składają się następujące ogniwa:

1) obwodowe poradnie odwykowe,
2) wojewódzkie przychodnie odwykowe,
3) oddział detoksykacyjny,
4) oddział odwykowy,
5) dzienny lub nocny oddział odwykowy,
6) ośrodek leczenia odwykowego.

W wykrywaniu nałogowych alkoholików zobowiązane są brać udział placówki podstawowej opieki zdrowotnej. Wszystkie te instytucje prowadzą leczenie alkoholików zgłaszających się dobrowolnie lub skierowanych przymusowo.

Rozdział IV

WPŁYW ŚRODOWISKA NA ZDROWIE LUDNOŚCI

Sytuacja zdrowotna każdego społeczeństwa zależy między innymi od warunków, w jakich dane społeczeństwo żyje. Pojęcie warunków zdrowotnych jest bardzo szerokie i obejmuje praktycznie całokształt naturalnych i sztucznych czynników środowiska.

Naturalne czynniki środowiskowe są zależne przede wszystkim od sytuacji geograficznej. Wskutek działalności współczesnego człowieka w coraz większym stopniu powstają sztuczne warunki środowiskowe. Wiąże się to ze stałym rozwojem urbanizacji, uprzemysłowienia, zmianą warunków pracy, żywienia itp. Warunki środowiskowe naturalne i sztuczne wpływają na ustrój człowieka zarówno korzystnie, jak i szkodliwie. Zadaniem ochrony zdrowia jest między innymi możliwie szerokie wykorzystanie czynników środowiskowych korzystnych dla zdrowia ludności oraz eliminowanie czynników niekorzystnych, przekraczających zdolności przystosowania się człowieka.

Do najgroźniejszych z punktu widzenia zdrowotnego zjawisk związanych ściśle z postępem techniki, należy przede wszystkim zanieczyszczenie powietrza atmosferycznego, wody i gleby przez substancje szkodliwe dla zdrowia. Postępowi nauki i techniki towarzyszy ponadto wiele innych zjawisk ubocznych, o pośrednim niekorzystnym działaniu na zdrowie człowieka, w szczególności na zdrowie psychiczne i sprawność układu nerwowego. Do takich zjawisk zalicza się między innymi zbyt duże zagęszczenie ludności w wielkich skupiskach miejskich oraz hałas, wszelkiego rodzaju wstrząsy i drgania wywoływane przez pojazdy mechaniczne i samoloty ponaddźwiękowe, zmiana dystrybucji żywności i organizacji żywienia, jak również samo tempo życia miejskiego.

1. OCHRONA POWIETRZA ATMOSFERYCZNEGO*

Do przemysłów najbardziej zanieczyszczających środowisko należą: energetyczny, hutniczy, materiałów budowlanych oraz chemiczny.

Przykładem ilustrującym skalę problemu jest stopień zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego pyłami w wielkich ośrodkach przemysłowych. W Nowym Jorku na 1 km^2 powierzchni spada rocznie 320 ton pyłu, w Londynie 360 ton, w Charkowie 450 ton.

Istnieje niewątpliwy związek przyczynowy między stopniem zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego przez substancje szkodliwe dla zdrowia a umieralnością z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego i nowotworów tego układu. Badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych wykazały, że w regionach wiejskich współczynnik zgonów z powodu wymienionych chorób wynosi 15 na 100 000 mieszkańców, w miastach poniżej 250 000 ludności — 18 na 100 000, natomiast w miastach o liczbie ludności przekraczającej 1 milion — wzrasta do 30 na 100 000 mieszkańców.

ZANIECZYSZCZENIA PYŁOWE

W związku z rozwojem ośrodków przemysłowych szczególnej wagi nabiera zagadnienie ochrony powietrza przed olbrzymimi ilościami pyłu przemysłowego, który wpływa na klimatyczne warunki danego terenu, ponieważ pochłania część promieniowania nadfioleto-

* Ustawa z dnia 31 I 1980 r. o ochronie i kształtowaniu środowiska (Dz.U. Nr 3, poz. 6 z 1980 r.).

wego i świetlnego, jakie dociera do nas ze słońca oraz wywiera bezpośredni ujemny wpływ na stan zdrowotny mieszkańców osiedli przemysłowych. Również wiele zakładów przemysłowych powoduje duże zapylenie powietrza wokół zakładu, co może prowadzić do ciężkich schorzeń pracowników.

Źródła zapylenia powietrza są liczne i różnorodne.

Wyodrębnia się źródła zapylenia: naturalne i sztuczne. Do naturalnych źródeł zapylenia zalicza się pyły, które opadają na powierzchnię ziemi z meteorytów i komet. Wielkość tego opadu szacuje się na wiele ton rocznie. Naturalnym źródłem zapylenia są także pyły nieorganiczne, powstające na skutek działań atmosferycznych, podczas wybuchów wulkanów, w następstwie wietrzenia skał. Nie bez znaczenia są ponadto pyły pochodzenia organicznego (roślinne i zwierzęce).

Ilości pyłów powstających z naturalnych źródeł zapylenia są tak duże, że nawet powietrze wysokogórskie, powietrze nad oceanami czy nad terenami nie zamieszkanymi przez człowieka — nie jest wolne od zanieczyszczeń pyłowych. Niemniej zapylenie pochodzące ze źródeł naturalnych nie stanowi praktycznie problemu zdrowotnego. Natomiast poważny problem zdrowotny stwarza zapylenie pochodzące ze źródeł sztucznych. Ich źródłem są przede wszystkim zakłady przemysłowe, paleniska domowe, lokalne kotłownie, środki transportu. Z punktu widzenia zagrożenia zdrowia ludności najbardziej groźnym źródłem zanieczyszczeń pyłowych jest przemysł. Do szczególnie pyłotwórczych gałęzi przemysłu zalicza się przemysł energetyczny (elektrownie węglowe), przemysł górniczy, hutniczy oraz przemysł materiałów budowlanych. Problemem zdrowotnym dużej wagi jest więc ograniczenie ilości zanieczyszczeń pyłowych wydalanych do atmosfery przez kominy zakładów energetycznych.

ZANIECZYSZCZENIA GAZOWE

Głównym źródłem zanieczyszczeń gazowych powietrza atmosferycznego są także zakłady przemysłowe, a zwłaszcza przemysł energetyczny, górnictwo, przemysł chemiczny, rafinerie ropy naftowej, przemysł włókienniczy. Poważnym źródłem zanieczyszczeń gazowych jest także transport samochodowy i kolejowy (parowozy) oraz paleniska domowe opalane węglem. Do najważniejszych zanieczyszczeń gazowych powietrza należą: dwutlenek siarki, tlenek azotu, tlenek węgla, siarkowodór, kwas siarkowy, tlenek ołowiu, benzyna, niektóre węglowodory, dwusiarczek węgla.

O ile w odniesieniu do pomieszczeń zamkniętych rolę wskaźnika stopnia zanieczyszczenia powietrza odgrywa dwutlenek węgla, o tyle w stosunku do powietrza atmosferycznego wskaźnikiem stopnia zanieczyszczenia jest dwutlenek siarki. Siarka stanowi praktycznie stałą domieszkę węgla, będącego podstawowym paliwem w energetyce przemysłowej i w gospodarstwach domowych. Na 1 tonę spalonego węgla, zależnie od gatunku, powstaje od 15 do 30 kg dwutlenku siarki. Niektóre zanieczyszczenia gazowe występują tylko na ograniczonym terenie w związku z istnieniem określonych zakładów przemysłowych. Przykładem takiego zanieczyszczenia może być dwusiarczek węgla, który powstaje w produkcji sztucznego jedwabiu, celofanu itp.

Zanieczyszczenie powietrza atmosferycznego wzrasta wraz z uprzemysłowieniem i urbanizacją, stanowiąc coraz większy problem współczesnej cywilizacji. Problem ten znalazł w Polsce wyraz w uchwaleniu przez Sejm w dniu 31 stycznia 1980 roku „Ustawy o ochronie i kształtowaniu środowiska". Podkreśla ona ujemny wpływ zanieczyszczeń na zdrowie i gospodarkę człowieka i zobowiązuje zakłady przemysłowe, których praca stanowi potencjalne zagrożenie czystości powietrza, do zainstalowania urządzeń odpylających i wykonywania pomiarów kontrolnych, a także uzależnia lokalizację nowych zakładów od stopnia zanieczyszczenia atmosfery.

Na związek zanieczyszczeń powietrza ze zdrowiem człowieka zwróciły uwagę wypadki masowych zachorowań i zgonów spowodowanych przez wyjątkowo duże i długo utrzymujące się zanieczyszczenia powietrza („smog"), które wystąpiły w roku 1930 w dolinie Mozy w Belgii, w roku 1948 w Donora w USA i w roku 1952 w Londynie. Wskutek działania „smogu" umierali przede wszystkim ludzie starsi, obciążeni przewlekłymi chorobami układów oddechowego i krążenia.

Wyniki badań komisji zwołanej po londyńskich wypadkach potwierdziły związek między zwiększaniem się liczby zgonów a zanieczyszczeń powietrza, podkreślając ich negatywny wpływ na zdrowie i życie człowieka.

Obecnie wyróżnia się wiele jednostek chorobowych, które powstają bądź nasilają się wskutek długotrwałego działania zanieczyszczonego powietrza atmosferycznego, takich jak: zapalenie spojówek, przewlekłe nieżyty górnych dróg oddechowych, dychawica oskrzelowa, rozedma płuc, rak płuc i inne.

SUBSTANCJE RAKOTWÓRCZE W POWIETRZU

W odniesieniu do substancji rakotwórczych wskaźnikiem stopnia zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego może być zawartość w badanym powietrzu substancji smołowych, które stanowią mieszaninę najróżniejszych związków chemicznych. W mieszaninie tych związków występują węglowodory aromatyczne, z których część ma właściwości rakotwórcze.

W Polsce badania wykonywane przez Zakład Higieny Komunalnej Państwowego Zakładu Higieny w latach 1965—1967 wykazały, że duże zanieczyszczenie powietrza badanymi substancjami występuje w Zabrzu (prawie dwukrotnie wyższe niż w pozostałych miastach). Kolejne miejsca pod względem stopnia zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego wielopierścieniowymi węglowodorami aromatycznymi wykazuje Warszawa.

Najwyższy poziom zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego omawianymi substancjami mają więc miasta charakteryzujące się dużą koncentracją przemysłowych źródeł zanieczyszczania powietrza, zwartą zabudową miejską z małą ilością parków i terenów zielonych oraz powszechnie stosowanym systemem ogrzewania budynków w postaci palenisk domowych lub osiedlowych, powodujących znaczne zanieczyszczenie powietrza atmosferycznego tymi substancjami. Dodatkowym czynnikiem są niekorzystne warunki fizjogeograficzne i meteorologiczne, które sprzyjają koncentracji zanieczyszczeń powietrza atmosferycznego w tych miastach.

Mimo że Warszawa jest największym z objętych badaniami miast, co mogłoby sugerować istnienie wyższych stężeń zanieczyszczeń powietrza, to jednak dzięki nowoczesnej, luźnej zabudowie, zapewnieniu znacznych przestrzeni zielonych i wyeliminowaniu w dużym stopniu palenisk domowych i kotłowni osiedlowych na rzecz ogrzewania ogólnomiejskiego oraz dzięki niedopuszczaniu do dużej koncentracji przemysłowych źródeł zanieczyszczenia wyniki badań dla

Warszawy wypadły pomyślniej w porównaniu z innymi miastami. Pod tym względem Warszawa stanowić może przykład — choć niewątpliwie daleki od ideału — jak dalece nowoczesna zabudowa może się przyczynić do utrzymania stężeń zanieczyszczeń powietrza na możliwie niskim poziomie.

ZWALCZANIE ZANIECZYSZCZEŃ POWIETRZA ATMOSFERYCZNEGO

Do walki z zanieczyszczeniami powietrza atmosferycznego stosuje się dwojakiego rodzaju metody: techniczne i urbanistyczne.

Metody techniczne są oparte na stosowaniu różnego rodzaju oczyszczalników, filtrów pyłochłonnych i innych urządzeń, które uniemożliwiają przedostawanie się szkodliwych substancji do środowiska lub zmniejszają ich stężenie do tego stopnia, że nie przedstawiają one niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia ludzi.

Metody urbanistyczne polegają na stosowaniu w zabudowie miast specjalnych stref ochronnych, które mają na celu zabezpieczenie dzielnic mieszkalnych przed szkodliwymi wpływami zakładów przemysłowych. Pojęcie szkodliwości może się odnosić nie tylko do zanieczyszczeń powietrza atmosferycznego czy wody, ale również do takich czynników, jak hałas, drgania, promieniowanie itp. Ustanowienie odpowiednich stref ochronnych jest więc istotnym czynnikiem zapobiegającym ujemnym skutkom działania wszelkiego rodzaju szkodliwości.

Niektóre strefy ochronne są bezwzględnie obowiązujące, ustanawiane na mocy ustaw sejmowych bądź rozporządzeń centralnych organów administracji państwowej, inne mają charakter fakultatywny — mogą być ustanawiane na mocy zarządzeń terenowych organów administracji państwowej. Sprawę ustanawiania stref ochronnych w Polsce regulują w sposób generalny zarządzenia odpowiednich władz centralnych.

W strefie ochronnej najczęściej obowiązuje zakaz wznoszenia budowli w ogóle bądź zakaz wznoszenia niektórych tylko rodzajów budowli. Z tego względu obszar strefy ochronnej jest zazwyczaj przeznaczony na tereny zielone (parki, ogródki działkowe, użytki rolne).

Strefy ochronne nie rozwiązują wszystkich problemów zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego. Pyły przemysłowe — jak do-

wodzi tego krajobraz górnośląskiego zagłębia węglowego, okolic Wałbrzycha lub Turoszowa — rozprzestrzeniają się daleko poza najszerszą nawet strefę ochronną. Niejednokrotnie zdarza się, że pyły niesione wiatrem osiadają o kilka lub kilkanaście kilometrów od ich źródła, omijając obszary bliżej położone.

Wiele pyłów i dymów przemysłowych zawiera związki siarki i alkaloidy, które są szkodliwe nie tylko bezpośrednio dla człowieka, ale także dla zasiewów i roślin. Powoduje to nieobliczalne szkody w warzywach i owocach, a często jest przyczyną pośredniego zatruwania konsumentów tych produktów.

Pamiętać należy, że strefy ochronne nie mogą stanowić panaceum na wszystkie uciążliwości nowoczesnego zagospodarowania miast. Nie mogą one odwracać uwagi od drugiego, ważniejszego jeszcze zagadnienia walki z zapyleniem i zadymieniem powietrza atmosferycznego — od stosowania technicznych środków zapobiegających powstawaniu tych czynników. Tylko kompleksowe połączenie i ścisłe współdziałanie środków urbanistycznych i technicznych może wróżyć powodzenie walce dzisiejszej cywilizacji z niebezpieczeństwami, jakimi urbanizacja i uprzemysłowienie kraju grożą zdrowiu fizycznemu i psychicznemu mieszkańców, a w szczególności mieszkańców wielkich miast.

Zmniejszenie koncentracji zanieczyszczeń pyłowych za pomocą środków technicznych można w zasadzie osiągnąć trzema sposobami:

1) przez zmniejszenie ilości pyłu unoszonego z palenisk;
2) przez odpylanie spalin;
3) przez rozproszenie zanieczyszczeń w górnych warstwach atmosfery.

Najbardziej efektywnym sposobem zmniejszenia koncentracji pyłu i tym samym ograniczenia zanieczyszczenia powietrza jest przede wszystkim zmniejszenie ilości pyłu unoszonego z palenisk. Można to osiągnąć przez: a) stosowanie paliw bezdymnych; b) stosowanie paliw o małej zawartości popiołu; c) stosowanie właściwego procesu spalania paliw.

Polska energetyka zaopatrywana jest w węgiel energetyczny o średniej zawartości popiołu około 25%, co jest przyczyną dużych koncentracji pyłu w gazach odlotowych i zmusza tym samym do odpylania spalin.

W Polsce, w związku z intensywnym procesem uprzemysłowienia, walka z zapyleniem powietrza atmosferycznego zaczyna stanowić jeden z istotnych problemów zdrowotnych. Średnio w podstawowych procesach przemysłowych w Polsce, według przybliżonych szacunków, tworzy się rocznie około 9,2 miliona ton pyłu, co stanowi 320 kg na rok na 1 mieszkańca. Rozwój przemysłu zwiększa te ilości w szybkim tempie, przy czym odgrywa tu rolę nie tylko przemysł energetyczny. Ilustracją skali problemu mogą być np. dane z przemysłu materiałów budowlanych: przy produkcji 1 tony cementu jako produkt uboczny powstaje ok. 100 kg pyłu, a produkcja cementu w Polsce w roku 1980 przekroczyła 18 milionów ton.

Normy zapylenia powietrza atmosferycznego w Polsce reguluje rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 września 1980 roku w sprawie ochrony powietrza atmosferycznego (Dz.U. Nr 24, poz. 89). W rozporządzeniu tym wyodrębnia się dwa rodzaje obszarów: obszary specjalnie chronione, do których zalicza się tereny uzdrowisk, parków narodowych, oraz rezerwaty przyrody i obszary chronione, do których należy pozostały teren kraju. Dopuszczalna ilość pyłu opadającego nie może przekroczyć dla obszarów specjalnie chronionych średnio 40 ton/km^2 na rok, a dla obszarów chronionych średnio 250 ton/km^2 na rok.

2. OCHRONA WODY*

Narastająca waga problemu ochrony wód w Polsce wiąże się ściśle z szybkim rozwojem przemysłu wodochłonnego i wytwarzającego zanieczyszczenia, ze wzrostem ludności i usług w aglomeracjach miejskich, powodujących wzrost ilości i szkodliwości ścieków ze szczupłymi zasobami wodnymi w kraju oraz niedostateczną świadomością kierownictw zakładów o szkodliwości społecznej i ekonomicznej nieprzestrzegania zasad ochrony wód.

Punktem wyjścia do określenia głównych kierunków działania w gospodarce wodnej jest ocena obecnych i przyszłych potrzeb poszczególnych działów gospodarki narodowej. Głównymi użytkownikami wody są przemysł, ludność i rolnictwo. Każdy z tych masowych odbiorców różni się pod względem wielkości poboru wody,

* Ustawa z dnia 24 X 1974 r. Prawo wodne (Dz.U. Nr 38, poz. 230).

sposobu użytkowania i stopnia zużycia oraz pod względem dynamiki wzrostu zapotrzebowania na wodę. Przemysł w chwili obecnej jest największym użytkownikiem wody. Woda pobierana przez przemysł jest zużywana bezzwrotnie w około 10%. Pobór wody przez przemysł wzrasta i nadal będzie wzrastał w szybkim tempie, zbliżonym do tempa rozwoju przemysłu.

Pobór wody przez miasta i osiedla służy głównie ludności i częściowo różnym odbiorcom przemysłowym i komunalnym. W okresie międzywojennym wodociąg publiczny i kanalizację miało w Polsce 20% miast, skupiających około 50% ludności miejskiej. Z wody wodociągowej korzystało wówczas około 37% ludności miejskiej, a z kanalizacji około 31%.

Prowadzona po wojnie w miastach i osiedlach działalność remontowa i inwestycyjna w zakresie wodociągów i kanalizacji pozwoliła na znaczny wzrost produkcji wody, jak również wzrost liczby ludności korzystającej z tych urządzeń. Na koniec roku 1979 z wodociągów publicznych korzystało 98,5% ludności miast, a z kanalizacji — 97,8%. Zużycie wody na jednego mieszkańca korzystającego z wodociągu wyniosło w roku 1980 średnio około 65 m^3.

Z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych woda jest niezbędna człowiekowi jako napój, nieodzowny składnik pokarmów, środek do utrzymania czystości ciała, odzieży i otoczenia. Dla wymienionych potrzeb konieczna jest nie tylko odpowiednia ilość wody, ale i odpowiednia jej jakość.

Na szczeblu krajowym sprawy nadzoru nad jakością wody należą do Państwowej Inspekcji Sanitarnej, która ma następujące zadania:

a) badanie składu wody do picia, zmian składu wody na skutek jej uzdatniania oraz wpływu tych zmian na zdrowie ludności, ze szczególnym uwzględnieniem mikroelementów pochodzenia naturalnego;

b) badanie czynników zmieniających smak i zapach wody do picia, ich znaczenia higienicznego oraz sposobów ich usuwania;

c) badanie nowych środków i metod odkażania wody do picia;

d) badanie nowych kryteriów i metod oceny przydatności wody do picia;

e) opracowanie nowych metod badania wody do picia.

Placówki PIS opracowują też metody uzdatniania wody z punktu widzenia higieny oraz prowadzą badania nad wpływem różnych

czynników na stan sanitarny wody, sposoby jej magazynowania i przesyłania, a więc badają wpływ substancji używanych do powlekania wnętrz zbiorników i rur dla ochrony przed korozją oraz rur z nowych tworzyw, nowych technicznych sposobów czerpania wody itp.

Zapotrzebowanie wody w rolnictwie obejmuje potrzeby produkcji rolnej i hodowlanej oraz ludności wiejskiej. Pobór wody dla ludności wiejskiej i inwentarza żywego wynosi w skali rocznej około 500 mln m^3 i rozłożony jest dość równomiernie na obszarze kraju. Duża część wsi, w sumie około 50% gospodarstw, ma trudności w uzyskaniu wody odpowiedniej jakości. Wzrost produkcyjności wsi wymaga budowy studni głębinowych i wodociągów, co w dużym stopniu jest ujęte w programie inwestycyjnym gospodarki wodnej.

Z dokonanego przeglądu poboru wody przez głównych użytkowników wynika, że pobór wody w gospodarce narodowej wzrośnie w roku 1980 o około 470% w porównaniu z rokiem 1960 i osiągnie około 22 mld m^3. Zużycie wody nie rozdziela się równomiernie na wszystkie miesiące roku. Na ogół zwiększa się ono w miesiącach letnich, a maleje w miesiącach zimowych. Największe sezonowe różnice w zapotrzebowaniu na wodę istnieją w rolnictwie, nieco mniejsze w gospodarce komunalnej. W przemyśle zapotrzebowanie na wodę jest dość równomierne, choć w niektórych gałęziach przemysłu, np. w przemyśle spożywczym, wykazuje również duże wahania sezonowe.

3. WARUNKI SPOŁECZNO-BYTOWE A ZDROWIE

O wielkości różnic w sytuacji zdrowotnej między krajami rozwiniętymi ekonomicznie a rozwijającymi się mówi np. porównanie współczynników umieralności ogólnej. Współczynnik zgonów w Polsce jest 2—3 razy mniejszy niż w większości krajów Afryki i Azji. Jeszcze większe różnice notuje się w wielkości współczynnika umieralności niemowląt, gdzie rozpiętość między najniższym a najwyższym jest 10-krotna. W krajach rozwijających się o wielkości współczynnika zgonów czy współczynnika umieralności niemowląt decydują ciągle jeszcze choroby zakaźne.

W zasadzie każdy kraj znajduje się na jakimś etapie rozwoju i w tym sensie można go określić mianem kraju rozwijającego się. W powszechnym użyciu termin „kraje rozwijające się" odnosi się jednak do państw, w których: a) produkcja, dochód i spożycie na 1 mieszkańca są niskie, b) proces rozwoju łączy się ściśle z głębokimi przemianami struktury politycznej, społecznej i ekonomicznej, c) istnieją potencjalne możliwości rozwoju ekonomicznego i wykorzystania miejscowych bogactw naturalnych. Kraje te określa się często terminem „kraje trzeciego świata". W geograficznym sensie chodzi głównie o kraje Azji, Afryki i Ameryki Łacińskiej.

Spojrzenie na całokształt sytuacji, w jakiej znajdują się aktualnie kraje trzeciego świata, wskazuje na to, że wszędzie podejmowane są wysiłki przyspieszenia rozwoju ekonomicznego i społecznego, ale równocześnie wszędzie obserwuje się olbrzymie trudności. Mimo znacznego postępu mierzonego np. wielkością produkcji przemysłowej czy rozwojem szkolnictwa, perspektywy osiągnięcia takiego poziomu rozwoju ekonomicznego, który pozwoliłby na zaspokojenie choćby najbardziej elementarnych potrzeb społeczeństw tych krajów, są bardzo odległe. Wysoka rozrodczość w krajach rozwijających się sprawia, że osiągnięcia, które wydawały się istotnym postępem, pozwalają co najwyżej utrzymać stan posiadania.

Biorąc za punkt wyjścia aktualnie notowane tempo rozwoju gospodarczego w różnych rejonach świata oraz aktualnie notowaną rozrodczość można przewidywać, że w ciągu najbliższych 10—15 lat będzie żyło na świecie ponad 3 miliardy ludzi w krajach, w których przeciętny roczny dochód na głowę jednego mieszkańca nie przekroczy 200 dolarów, podczas gdy w tym samym czasie dochód narodowy przypadający rocznie na jednego mieszkańca Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej przekroczy 5000 dolarów. Perspektywy takie trudno określić mianem postępu. Niepokojący jest przy tym spadek tempa wzrostu produkcji przemysłowej, obserwowany w ostatnich latach zarówno w krajach rozwijających się, jak i rozwiniętych.

Medycyna w wieloraki sposób może przejawiać swój wpływ na procesy rozwoju społeczno-ekonomicznego. W krajach rozwijających się jej wpływy są szczególnie duże, poprzez udział w opanowaniu takich zasadniczych problemów, jak zwalczanie chorób zakaźnych i pasożytniczych czy walka z głodem i ubóstwem. Aktualnie domeną działania medycyny w tych krajach są problemy planowania rodziny. Trudności w realizacji zadań w tym zakresie są jednak znaczne i wielorakie. Poczynając od trudności wynikających z nawyków, obyczajów i wierzeń, ciągle do najistotniejszych należą trudności związane z brakiem kadr służby zdrowia i środków umożliwiających najbardziej optymalne wykorzystanie istniejącej bazy przez ogół potrzebujących.

Udział medycyny w walce z ubóstwem jest znaczny. Dzięki osiągnięciom w zwalczaniu chorób medycyna zwiększa sprawność, a tym samym wydajność pracy człowieka. Przykładem mogą być osiągnięcia medycyny w walce z malarią na obszarach strefy tropikalnej. W samych Indiach szacuje się, że walka z malarią dała gospodarce narodowej około 3 miliardów roboczodni efektywnej pracy rocznie. Szacunek ten nie uwzględnia kosztów leczenia około 300 milionów osób, które rocznie przed podjęciem akcji zwalczania malarii chorowały w tym rejonie świata.

POZIOM WYKSZTAŁCENIA A ZDROWIE

Wszelki postęp jest możliwy tylko wtedy, gdy mamy do czynienia ze społeczeństwem znajdującym się na odpowiednim poziomie świadomości i wykształcenia. W skali świata miernikiem tego poziomu ciągle jeszcze jest analfabetyzm. W krajach rozwijających się $^{2}/_{3}$ ludności to analfabeci, a na kontynencie afrykańskim nawet $^{5}/_{6}$.

Trudno np. oczekiwać wzrostu plonów rolnictwa w tych krajach, w których odsetek umiejących czytać waha się w granicach 5—30%. Korzystanie z nawozów sztucznych czy środków ochrony roślin wymaga co najmniej umiejętności przeczytania instrukcji stosowania tych środków. Postęp w dziedzinie uprzemysłowienia jeszcze bardziej zwiększa wymogi w zakresie ogólnego i fachowego przygotowania pracowników.

Poziom wykształcenia poszczególnych społeczeństw mierzony odsetkiem osób umiejących czytać odbija się bardzo wyraźnie na efektach pracy służby zdrowia. Szczególnie istotny wpływ może on mieć na efektywność oświaty zdrowotnej, stanowiącej podstawowy instrument medycyny zapobiegawczej.

Wpływ na przeobrażenie struktury społecznej naszego kraju wywiera — poza industrializacją i urbanizacją — wiele innych czynników związanych z charakterem socjalistycznych przeobrażeń, rewolucją w dziedzinie kultury i oświaty, oddziaływaniem socjalistycznego państwa w sferze wychowawczej itp. Wszystkie te czynniki wpływają bezpośrednio na kształtowanie się i zmiany struktury społecznej, wzmacniając, a niekiedy modyfikując działanie procesów industrializacji i urbanizacji.

Gospodarka narodowa Polski Ludowej stanowi w obecnej chwili istotny i coraz bardziej liczący się w świecie potencjał. Z kategorii zacofanych krajów rolno-przemysłowych wydźwignęła się Polska do grupy więcej niż średnio uprzemysłowionych państw świata. Industrializacja przyniosła gruntowne zmiany w strukturze zatrudnienia w Polsce. Zatrudnienie w gospodarce uspołecznionej wzrosło z 4 753 000 osób w roku 1950 do prawie 12 milionów w roku 1980. Istotnym elementem przeobrażeń jest także wzrost zatrudnienia kobiet w gospodarce uspołecznionej. W roku 1979 było ogółem 5,3 mln kobiet zatrudnionych w gospodarce uspołecznionej (43,4% ogółu zatrudnionych), co stwarza nowe potrzeby społeczeństwa na usługi służby zdrowia (między innymi żłobki, przedszkola itp.).

Industrializacja to jednak nie tylko wzrost potencjału przemysłowego kraju i przekształcanie struktury zatrudnienia. Równocześnie stanowi ona także proces kształtowania się kadry o wysokich kwalifikacjach, dostosowanych do potrzeb nowoczesnego społeczeństwa, kadry, której zapotrzebowanie na ochronę zdrowia jest inne niż ludności krajów nieuprzemysłowionych.

W strukturze zatrudnienia coraz większy udział mają pracownicy z wyższym i średnim wykształceniem. Pod tym względem procesy socjalistycznej industrializacji i połączone z nimi procesy rewolucji w dziedzinie kultury i oświaty przyniosły Polsce trwałe i niezwykle głębokie przeobrażenia.

Wśród następstw industrializacji notujemy więc między innymi głębokie przemiany w zakresie potrzeb zdrowotnych i stopnia wykorzystania świadczeń służby zdrowia. Przemiany te prowadzą do wyższego poziomu zainteresowań zdrowotnych i większej aktywności w tej dziedzinie. Daje to w efekcie nowy typ rozbudzonego i czynnego w zakresie problematyki zdrowotnej obywatela. Jego rosnący poziom ogólny i zawodowy pozwala lepiej wykonywać skomplikowane zadania i reagować właściwie na różnorodne bodźce i sytuacje życiowe. Nie są to sprawy z punktu widzenia problematyki zdrowotnej obojętne. Zarówno w dziedzinie prognozowania sytuacji zdrowotnej społeczeństwa, jak i w planowaniu potrzeb kadrowych służby zdrowia należy brać pod uwagę ów rosnący poziom ogólny i zawodowy ludności. Stwarza to bowiem zarówno nowe możliwości w zakresie stosowania w praktyce zasad medycyny zapobiegawczej, których pełne wykorzystanie jest szczególnie ważne z punktu widzenia efektywności wysiłków służby zdrowia, jak i narzuca określone konieczności w zakresie przygotowania w odpowiednich proporcjach kadr specjalistów poszczególnych dyscyplin medycznych.

Wśród procesów społecznych, związanych z socjalistycznym uprzemysłowieniem kraju, poważne miejsce zajmują procesy przekształcania wsi. Część tych procesów to ruchy migracyjne wynikające z szybkiej urbanizacji. Obok ruchów migracyjnych istotne miejsce w procesach przeobrażenia wsi zajmują także konsekwencje postępu technicznego. Unowocześnienie rolnictwa (na skutek rozwoju przemysłu) umożliwia na wsi pracę licznej i rosnącej kadrze pracowników wykwalifikowanych, zapoznanych z nowoczesną techniką, dokształcających się. Jest to więc zmiana, która zwiększa dostosowanie mieszkańców wsi do wymogów nowoczesnej ochrony zdrowia.

Procesy urbanizacji przebiegające z wielką siłą w latach powojennych poważnie zmieniły strukturę społeczną kraju. W roku 1980 ludność zamieszkała w miastach i osiedlach wynosiła 58,7% ogółu ludności kraju (dla porównania warto przypomnieć, że analogiczny wskaźnik w roku 1950 wynosił 37%, w roku 1931 zaledwie 27,2%).

Pamiętać też należy, że procesy urbanizacyjne nie sprowadzają się tylko do przesunięć ludności pomiędzy wsią a miastem oraz skupiania się ludności w ośrodkach wielkomiejskich. W szerokim, socjologicznym sensie tego słowa urbanizacja obejmuje również poważne przeobrażenia w stylu i warunkach życia wsi. Treścią tych przeobrażeń jest stopniowe zmniejszenie rozpiętości warunków życia między miastem a wsią, przybliżenie wsi do tych wzorców życia

miejskiego, które pod względem funkcjonalnym dostosowane są do potrzeb i perspektyw nowoczesnego społeczeństwa socjalistycznego. Wchodzą tu w grę takie zjawiska masowe, jak docieranie do wsi masowych środków informacji i kultury, elektryfikacja i motoryzacja, podnoszenie ogólnego standardu materialnego i kulturalnego, przede wszystkim zaś tworzenie się zróżnicowanego zawodu rolnika i kształtowanie się postaw zawodowych w warstwie chłopskiej. Przemiany te mają wielkie znaczenie dla integracji społeczeństwa naszego kraju. Zmniejszenie się różnicy między miastem a wsią stwarza z punktu widzenia ochrony zdrowia sytuację nową, korzystniejszą. Łatwiej bowiem zorganizować opiekę zdrowotną nad większymi skupiskami ludności. Z drugiej jednak strony w społeczeństwach zurbanizowanych poważniejsze zadania spoczywają na pionie medycyny zapobiegawczej.

4. ŻYWIENIE A ZDROWIE

Prawidłowe odżywianie uważa się obecnie za jeden z najważniejszych czynników, mających wpływ na stan zdrowia człowieka, toteż zajmuje ono jedno z pierwszych miejsc wśród wskazań zmierzających do ochrony i wzmocnienia zdrowia ludności.

Dzięki odkryciom nauki posiadamy wiedzę pozwalającą zapobiegać ujemnym skutkom niedożywienia i dysponujemy możliwościami produkowania dostatecznej ilości pożywienia. Gdyby posiadaną wiedzę zastosować odpowiednio tam, gdzie jest najbardziej potrzebna, większość chorób mających swe źródło w głodzie można by wyeliminować lub opanować. Tymczasem więcej niż połowa ludności świata, której liczbę ocenia się obecnie na 4,4 miliarda, pada ofiarą głodu lub żywienia niedostatecznego pod takim czy innym względem. Według oceny ekspertów zaledwie 13% całej ludności świata odżywia się wystarczająco, tzn. spożywa codziennie taką ilość produktów żywnościowych, która odpowiada nie mniej niż 2700 kalorii (11 304 kJ) oraz zawiera odpowiednie proporcje białek, tłuszczów, witamin, soli mineralnych itd. Pożywienie dalszych 28% mieszkańców świata zapewnia wprawdzie mniej niż 2700 kalorii (11 304 kJ) dziennie, ale nieco więcej niż wynosi minimum biologiczne, niezbędne do prawidłowej regeneracji organizmu, tj. 2200 kalorii (9211 kJ). O tej grupie ludzi możemy powiedzieć, że co prawda nie cierpią

chronicznego głodu, ale ich odżywianie jest już niewystarczające, ich dieta z reguły nie zapewnia odpowiednich proporcji podstawowych składników odżywczych. Najczęściej w tej grupie ludności występuje niedobór białka oraz niezbędnego zestawu witamin.

Najliczniejsza grupa mieszkańców Ziemi, bo aż 59% spożywa dziennie produkty wartości poniżej 2200 kalorii (9211 kJ), a więc poniżej dolnej granicy normy biologicznej. O tej grupie ludności mówimy już, że jest ona w stanie chronicznego głodu.

Również perspektywy na przyszłość nie są zbyt pocieszające. Eksperci obliczają, że biorąc pod uwagę obecne tempo przyrostu naturalnego na świecie, tylko po to, aby utrzymać stan obecny w dziedzinie odżywiania się ludności, świat musi do roku 1990 podnieść swą produkcję żywności o 35%. Trudno obecnie przewidzieć, w jakim stopniu jest to osiągalne. Rezerwy w tym zakresie są w każdym razie dość znaczne — i to zarówno w krajach słabiej rozwiniętych, gdzie niska produkcja rolna wynika z zacofania technicznego, jak i wysoko rozwiniętych krajach kapitalistycznych, gdzie dla utrzymania cen na rynkach światowych rozmyślnie hamuje się przyrost produkcji rolnej.

Klęski głodowe, które niegdyś dziesiątkowały ludność, stały się rzadkością w dobie obecnej, jednak do dnia dzisiejszego jeszcze miliony ludzi cierpią głód z powodu braku żywności bądź częściej wskutek niedożywienia, wynikającego z braku niektórych tylko składników odżywczych, głównie białek, witamin i soli mineralnych. Bez dostatecznej ilości każdego z tych składników w całodobowym żywieniu człowiek nie może być zdrowy.

W krajach rozwijających się problem niedożywienia jest w zasadzie najważniejszym problemem społecznym i zdrowotnym. Najbardziej powszechnym i istotnym problemem jest niedobór białka, który doprowadza do wystąpienia wielu chorób, szczególnie wśród dzieci pochodzących z uboższych warstw społecznych w krajach Ameryki Południowej, Afryki i Azji. Choroby te są wynikiem bądź ogólnego niedoboru białka, bądź też panujących w tych krajach zwyczajów żywieniowych, uwarunkowanych tradycją, które sprawiają, że dzieci nie otrzymują nawet białka osiągalnego w danych warunkach. W niektórych krajach problem głodu jest tak poważny, że rację pokarmową otrzymuje przede wszystkim ten członek rodziny, który jest czynny zawodowo (stanowi to zresztą zasadniczy warunek jego

sprawności), natomiast dzieci pozostają ostatnie w kolejności do miski. Społeczeństwo niedożywione jest w konsekwencji nie w pełni sprawne do pracy. W krajach rozwijających się problem głodu stanowi tym samym istotny hamulec postępu gospodarczego i społecznego, gdyż jego zwalczanie wymaga podjęcia wysiłków w kierunku wzrostu produkcji artykułów żywnościowych, głównie przez uprawę większych obszarów użytków rolnych. W niektórych rejonach poprawa sytuacji żywnościowej zależy od rozwiązania problemu dystrybucji, w skali świata jednak zwalczanie głodu jest zależne od wzrostu produkcji globalnej artykułów spożywczych.

Zależność między odżywianiem a stanem zdrowia jest oczywista. Kraje, w których spożycie białka na osobę dziennie przekracza 75 g, notują najniższą umieralność ogólną i umieralność niemowląt. W krajach rozwijających się przeciętne dzienne spożycie białka na osobę jest aktualnie o około 50% niższe niż w krajach rozwiniętych.

Medycyna zajmuje się głównie aspektami jakościowymi żywienia, a w szczególności problemem niedoborów jakościowych. Badania kliniczne, terenowe i laboratoryjne umożliwiają wykrycie tych składników pokarmowych, których brak w pożywieniu może stanowić na danym terenie największe niebezpieczeństwo.

WADY ŻYWIENIA

Do niedawna pojęcie wad w żywieniu ograniczano do jawnych niedoborów pokarmowych. Niedobory te były powszechne i na nich głównie skupiała się uwaga zarówno żywieniowców, jak i organizatorów ochrony zdrowia.

Aktualnie wady żywienia dzieli się na następujące 4 grupy (wg A. Szczygła):

1) niedożywienie lub nadmierne żywienie, czyli niedokarmienie lub przekarmienie ilościowe;

2) niedożywienie jakościowe, czyli jawne lub utajone niedobory pokarmowe jednego lub kilku składników odżywczych;

3) nieodpowiedni dla organizmu stosunek poszczególnych składników odżywczych w pożywieniu;

4) niewłaściwy tryb (reżim) żywienia.

N i e d o ż y w i e n i e   l u b   n a d m i e r n e   ż y w i e n i e (wady żywienia typu ilościowego). W każdym żywym organizmie, w związku z czynnościami jego tkanek i narządów, nieustannie zachodzą różnorodne zjawiska fizykochemiczne: z jednej strony przyswajanie (a s y m i l a c j a) substancji organicznych i nieorganicznych pobieranych ze środowiska zewnętrznego i tworzenie własnych związków chemicznych, z drugiej — zużywanie się ciał żywych, rozpad i rozszczepianie cząsteczek złożonych związków chemicznych, wchodzących w skład budowy komórek i tkanek oraz ich wydalanie (d y s y m i l a c j a).

Procesy te, choć przeciwstawne, są bardzo ściśle ze sobą związane. W całości stanowią one jeden proces — proces przemiany materii. W przebiegu czynności życiowych organizm człowieka oddaje do środowiska zewnętrznego znaczne ilości energii i odpowiednio do tego potrzebuje „dowozu" nowych substancji, które zastąpią substancje zużyte. W ten sposób przemiana materii i przemiana energii są nierozłącznie powiązane i stanowią niezbędny warunek życia.

W organizmie dorosłego człowieka procesy asymilacji i dysymilacji wzajemnie się równoważą, jednak w różnych okresach życia asymilacja może przeważać nad dysymilacją. Zdarza się to np. u dzieci i młodzieży, tj. w okresie wzrostu i kształtowania się organizmu. U ludzi starych natomiast, bądź w przebiegu niektórych chorób, procesy dysymilacji mogą przeważać nad procesami asymilacji. Podobną sytuację, tj. przewagę procesów dysymilacji nad asymilacją, możemy obserwować przejściowo również u ludzi zdrowych, ale pracujących szczególnie ciężko fizycznie i nie równoważących swego wydatku energetycznego odpowiednim zwiększeniem racji pokarmowej.

Pobrany pokarm w procesie przemiany materii ulega przemianom dwojakiego rodzaju:

1) zachodzi spalanie składników odżywczych, wskutek czego wytwarza się energia potrzebna do pracy różnych narządów (m.in. mięśni);

2) następuje rozłożenie składników odżywczych na najprostsze związki chemiczne, które przedostają się przez krew i chłonkę do głębiej leżących komórek i tkanek organizmu i tam są zużywane do budowy nowych komórek lub do tworzenia ważnych dla prawidłowego funkcjonowania organizmu związków organicznych, jak np. hormonów i enzymów.

Znajomość tych faktów ma duże znaczenie praktyczne, zwłaszcza przy kontroli odchudzania się, leczeniu otyłości długotrwałym głodzeniem i stosowaniu tzw. ograniczonych lub awaryjnych racji żywnościowych.

W przypadkach znacznego zmniejszenia dowozu energii z pożywieniem organizm broni się najpierw przez ograniczenie wysiłków fizycznych. Często zmienia się przy tym postawa psychiczna ludzi; niekiedy stają się apatyczni lub łatwo wpadają w stan rozdrażnienia. A zatem jednym z podstawowych warunków zachowania sprawności życiowej ludności jest zaspokojenie minimalnych potrzeb energetycznych. Jeśli chodzi o przeżywanie lub nadmierne przyjmowanie kalorii, to po pewnym czasie prowadzi ono do upośledzenia sprawności fizycznej wskutek nadmiernego odkładania tłuszczów i zwiększenia ciężaru ciała, a nieraz i znacznych zmian w niektórych narządach. W tych przypadkach zachodzą również zmiany w działaniu enzymów oraz w czynnościach pewnych gruczołów dokrewnych. W około 95% przypadków otyłość rozwija się na tle prostego przejedzenia, choć nieraz przy dużym udziale czynników psychogennych.

N i e d o ż y w i e n i e   j a k o ś c i o w e. Duże niedobory niektórych składników odżywczych prowadzą do powstania określonych jednostek chorobowych, takich jak beri-beri, gnilec, pelagra, kurza ślepota, rozmiękczenie i zrogowacenie rogówki, krzywica, niektóre postacie niedokrwistości, wole proste i inne.

Poza całkowitym niedoborem poszczególnych składników pokarmowych często mamy do czynienia z częściowym, przewlekłym niedoborem pokarmowym. Stany te nie dają wyraźnych objawów klinicznych i dlatego są trudne do rozpoznania, zwłaszcza we wczesnych stadiach rozwoju.

Częściowe niedobory po dłuższym czasie prowadzą u osobników młodych do opóźnienia wzrostu i rozwoju, a bez względu na wiek — do zmian wstecznych w narządach. Tego rodzaju przewlekłe niedobory pokarmowe — jak wynika z wieloletnich badań Zakładu Higieny Żywienia PZH i Instytutu Żywności i Żywienia — zdarzają się dość często również w naszym kraju, szczególnie wśród ludności wiejskiej.

W okresie wojennym i w pierwszych latach po zakończeniu II wojny światowej sprawa niedoborów poszczególnych składników odżywczych była rzeczywiście najbardziej aktualnym zagadnieniem. Dość często stwierdzaliśmy objawy przebytych awitaminoz, zwłaszcza u ludzi, którzy byli w obozach lub zostali oderwani od swoich środowisk, umożliwiających im zaspokojenie przynajmniej minimalnych potrzeb pokarmowych. Objawy wyraźnych niedoborów pokarmowych, zwłaszcza witamin C, A, B_2 oraz żelaza, stwierdzaliśmy również dość często wśród dzieci i młodzieży szkolnej. Wyrównanie tych niedoborów było przedmiotem szczególnej uwagi. W tym celu między innymi opracowano normy racji pokarmowych oraz wiele zaleceń co do właściwego doboru środków spożywczych, układania jadłospisów i należytego sporządzania potraw.

W miarę poprawy warunków aprowizacyjnych częstość występowania wyraźnych niedoborów pokarmowych zmalała, natomiast niedobory częściowe są — jak wynika z badań Instytutu Żywności i Żywienia — nadal aktualne.

N i e w ł a ś c i w y   s t o s u n e k   s k ł a d n i k ó w   p o k a r m o w y c h   w   p o ż y w i e n i u. W wyniku poprawy sytuacji gospodarczo-społecznej coraz bardziej zaznaczają się skutki niewłaściwego stosunku składników pokarmowych. Występuje tendencja do nadmiernego spożycia rafinowanych produktów węglowodanowych (głównie cukru i słodyczy) oraz stosunkowo jednorodnych tłuszczów, składających się głównie z nasyconych kwasów tłuszczowych o długich łańcuchach. W tych warunkach odżywiania coraz silniej występują zaburzenia stosunku ilościowego białek, tłuszczów, węglowodanów oraz składników mineralnych i witamin przy coraz bardziej zaznaczającej się demineralizacji naszego pożywienia. Ponadto wskutek coraz większego udziału rafinowanych środków spożywczych w pożywieniu mamy coraz mniej błonnika, co utrudnia właściwe funkcjonowanie przewodu pokarmowego i wpływa ujemnie na skład flory jelitowej. Obserwuje się także coraz większe spożycie używek w postaci kawy, herbaty i napojów alkoholowych, przy niskim spożyciu napojów z mleka oraz soków owocowych i warzywnych. To wszystko prowadzi do coraz częstszego występowania otyłości, miażdżycy, cukrzycy, próchnicy zębów, pewnych chorób wątroby, niektórych postaci niedokrwistości, przewlekłego zaparcia itp.

Choroby na tle niewłaściwego stosunku składników pokarmowych stają się coraz większym problemem w krajach gospodarczo rozwi-

niętych. Narastają one i w naszym kraju, o czym świadczą ogłaszane corocznie dane statystyczne.

N i e w ł a ś c i w y t r y b ż y w i e n i a. Zmiany chorobowe mogą powstać nawet w przypadkach prawidłowego składu pożywienia, jeśli rozkład posiłków w ciągu dnia jest nieodpowiedni. Zwykle obie te wady występują równocześnie.

Wykazano np. że oprócz składu pożywienia duży wpływ na zdrowie mają pewne nawyki żywieniowe, a wśród nich wielkość i częstość spożywania posiłków.

Jak wynika z doświadczeń — nieregularne lub zbyt rzadkie spożywanie posiłków prowadzi do pewnych zmian w przemianie materii, co w rezultacie powoduje np. upośledzenie czynności tarczycy, otłuszczenie wątroby, otyłość itd.

Jeśli chodzi o ogólną ocenę stanu odżywienia dzieci w Polsce, który jest jakby sumarycznym rezultatem jakości i sposobu żywienia, to według danych Instytutu Żywności i Żywienia z ostatnich lat nie mieliśmy żadnych zastrzeżeń do 45% dzieci (z wahaniami od 15 do 60%); nieznaczne wady w żywieniu wykazywało 40% dzieci (z wahaniami 35 do 70%), ale u stosunkowo dużej jeszcze części badanych, bo aż 15% (od 3 do 22%), stwierdziliśmy wyraźne objawy niedoborów pokarmowych lub innych wad w żywieniu. Warto tu zwrócić uwagę na wahania. Jak widać, są one dość duże, zależnie od rozwoju gospodarczo-społecznego danego terenu.

Pracowników służby zdrowia muszą interesować tu nie tylko wartości przeciętne, ale także wartości graniczne, tzn. te grupy ludności, które znajdują się znacznie poniżej średnich. Wśród tych grup udział dzieci i młodzieży jest jeszcze duży.

Przedstawiony podział wad w żywieniu ma znaczenie przede wszystkim teoretyczne. W praktyce spotyka się najczęściej obrazy chorobowe na tle kilku wad jednocześnie. Wskutek tego stany patologiczne na tle niedoborów pokarmowych mogą być bardzo różnorodne. Niekiedy przedstawiają się one w postaci ściśle określonych jednostek chorobowych, częściej w postaci objawów świadczących o wielorakich zaburzeniach w funkcjonowaniu tkanek, a niekiedy tylko w formie trudnych do interpretacji zmian biologicznych.

Przyczyny wad w żywieniu mogą być pierwotne lub wtórne. Do pierwotnych należą: przede wszystkim warunki gospodarczo-społeczne i stopień uświadomienia co do zasad prawidłowego żywienia, a do wtórnych — zmiany w następstwie różnych chorób.

Omawiając skutki zdrowotne oraz przyczyny wad w żywieniu pomijamy tutaj sprawę ewentualnego wpływu artykułów żywnościowych zepsutych, sfałszowanych itp. W naszym kraju istniejące przepisy ustawy żywnościowej podają definicję artykułów żywnościowych szkodliwych dla zdrowia, zepsutych, podrobionych, sfałszowanych, wskazują, jakie artykuły żywnościowe nie powinny być dopuszczone do wyrobu i sprzedaży, a także określają sposób przeprowadzenia kontroli sanitarnej tych artykułów.

Artykuł żywnościowy jest szkodliwy dla zdrowia, jeżeli ma właściwości trujące lub zakaźne (np. grzyby powodujące zatrucia, mąka zawierająca sporysz, mleko zakażone prątkami gruźlicy itp.).

Artykuł żywnościowy staje się zepsuty, jeżeli podlega wpływom naturalnym lub przypadkowym, które uczyniły go niezdatnym do spożycia. Do wpływów naturalnych zaliczamy czas, temperaturę, wilgoć, światło, drobnoustroje. Do wpływów przypadkowych zaliczamy niewłaściwe przechowywanie lub zanieczyszczenie.

Artykuł żywnościowy jest podrobiony, jeżeli tylko swymi cechami zewnętrznymi przypomina znany produkt, ale nie odpowiada mu ani składem chemicznym, ani wartością odżywczą, np. zebrane zsiadłe mleko zaprawione mąką zamiast śmietany, barwione plastry dorsza sprzedawane jako łososie, syrop kartoflany lub miód sztuczny barwiony sprzedawany jako miód naturalny będą artykułami podrabianymi.

Artykuł żywnościowy jest sfałszowany, jeżeli przeprowadzono w nim zmianę oddziałującą na jego istotny skład, istotną właściwość lub istotną wartość odżywczą, albo też zmianę zmierzającą do ukrycia jego istotnego składu, istotnej właściwości lub istotnej wartości odżywczej. Przykładem może być np. zebranie tłuszczu z mleka, dolanie wody do mleka, śmietana z dodatkiem mąki, kiełbasa ze skrobią itp.

Dzięki osiągnięciom nauki o żywieniu można było opracować należycie sposoby przeciwdziałania wielu zjawiskom związanym z wadliwym żywieniem. W krajach, w których przestawiono produkcję rolną, wprowadzono nowe metody w przetwórstwie spożywczym oraz usprawniono obrót żywnością i żywienie zbiorowe, sprawa niedoborów składników pokarmowych straciła na swej ostrości, ale na

tle nieodpowiedniej struktury spożycia wyłoniło się nowe zagadnienie — chorób cywilizacyjnych. Wskutek szybko rozwijającej się industrializacji i urbanizacji, dużego zatrudnienia kobiet itd. żywienie rodzinne jest coraz bardziej zastępowane przez żywienie zbiorowe. W żywieniu domowym coraz większy udział biorą produkty łatwe do sporządzenia lub gotowe do spożycia, wytwarzane na skalę przemysłową. Tam, gdzie produkcja, przetwórstwo i obrót żywnością nie nadążają za nowymi potrzebami ludności, większość ludzi żywi się tym, co jest łatwo dostępne na rynku, bez względu na wartość odżywczą. O żywieniu większości ludności w dużym stopniu decyduje więc jakość zaopatrzenia rynku i stan organizacyjny żywienia zbiorowego.

STRUKTURA SPOŻYCIA

Ze względu na to, że dla przeciętnego konsumenta dawne mierniki w ocenie jakości środków spożywczych straciły na swej wartości, kieruje się on w ich wyborze prawie wyłącznie właściwościami organoleptycznymi; poza tym bardzo dużą rolę odgrywają: stan zamożności i ceny produktów.

W rodzinach pracowników fizycznych wydaje się średnio blisko 50% ogólnych wydatków na produkty żywnościowe, podczas gdy w rodzinach pracowników umysłowych tylko nieznacznie ponad 40%. Duże różnice występują również w poszczególnych grupach zamożności. W rodzinach pracowników umysłowych w miarę wzrostu zamożności udział wydatków na żywność w ogólnych wydatkach spada znacznie szybciej niż w grupach pracowników fizycznych.

Porównanie danych o spożyciu z wyliczonymi potrzebami organizmu najbardziej niekorzystnie kształtuje się w produktach, w których głównymi składnikami są witaminy. W żadnej grupie zamożności zapotrzebowanie na witaminy nie jest pokryte w pełni. Natomiast spożycie tłuszczów we wszystkich grupach zamożności jest nadmierne.

Bardzo niekorzystnie przedstawia się struktura spożycia białka zawartego w mięsie zwierzęcym, rybach, mleku. Spożycie mięsa wzrasta gwałtownie wraz ze wzrostem zamożności. Niedostateczne jest natomiast spożycie mleka i wzrost tego spożycia w miarę wzrostu zamożności. Wzrost spożycia zamyka się w granicach 15%, a pokrycie zapotrzebowania nawet spada. Najbardziej prawidłowo pokryte jest zapotrzebowanie na węglowodany.

Z przedstawionych danych wynika, że struktura spożycia produktów żywnościowych jest w naszym społeczeństwie wadliwa:

a) za dużo spożywamy tłuszczu (zwłaszcza poza masłem i śmietaną);

b) za dużo spożywamy węglowodanów, łącznie z produktami zbożowymi;

c) za dużo spożywamy mięsa zwierzęcego, a za mało ryb, mleka i jego produktów;

d) bezwzględnie za mało spożywamy witamin, nawet jeśli weźmie się pod uwagę spożycie ziemniaków, które zawierają dużo witaminy C.

Badanie struktury spożycia podstawowych artykułów żywnościowych ma duże znaczenie z kilku punktów widzenia:

1. Pozwala zorientować się, czy ludność odżywia się w sposób racjonalny, czy spożywa w odpowiednich proporcjach produkty o przeważającej zawartości białka, węglowodanów i tłuszczów. Znajomość struktury spożycia, w przypadku jeśli jest ona wadliwa, umożliwia odpowiedni wpływ na poprawę tej struktury poprzez politykę gospodarczą (płace, ceny, zmiany w produkcji artykułów rolnych). Oczywiście ten wpływ państwa jest ograniczony ze względu na przyzwyczajenie konsumentów do danej struktury spożycia oraz na brak podaży niektórych artykułów.

2. Poznanie struktury spożycia w grupach o wyższym poziomie dochodów pozwala ułożyć bilans spożycia artykułów spożywczych w przyszłości dla grup o niższych obecnie dochodach (znając planowy wzrost dochodów w najbliższych latach).

3. Znajomość struktury spożycia jest niezbędna do planowania produkcji artykułów spożywczych, ponieważ inwestycje w rolnictwie dają wyniki po stosunkowo długim okresie czasu.

PROBLEMY ZAOPATRZENIA W ŻYWNOŚĆ

Na podstawie informacji o strukturze spożycia oraz danych z historii kształtowania się spożycia w krajach uprzemysłowionych można przypuszczać, że w najbliższych latach będzie się u nas zwiększał popyt na białe pieczywo, mięso i przetwory mięsne, tłuszcze,

cukier, słodycze oraz napoje alkoholowe i używki. Natomiast zmniejszeniu może ulec i tak już niskie spożycie mleka i jego przetworów oraz warzyw i owoców. Tego rodzaju tendencje istnieją u nas już obecnie, zwłaszcza wśród grup ludności więcej zarabiających. Są one wynikiem zarówno wadliwych zwyczajów żywieniowych, jak i różnych trudności w zaopatrzeniu rynku. Jeżeli nie zaopatrzy się dostatecznie rynku w ważne pod względem odżywiania produkty oczyszczone, odpowiednio porcjowane i utrwalone, konsument będzie żywił się głównie lub prawie wyłącznie tymi środkami spożywczymi, które będą dostępne, trwałe i łatwe do przetworzenia na posiłki, choćby nawet wiedział, że jego żywienie jest nieprawidłowe.

Wspomniane tendencje w spożyciu — jeśli nie będą odpowiednio skorygowane — spowodują obniżenie się stanu zdrowotnego ludności. Można przewidywać między innymi możliwość częstszego występowania hiperwitaminoz, otyłości, miażdżycy, cukrzycy, próchnicy zębów, niektórych chorób wątroby i dróg żółciowych. Niezbędne wydaje się więc jak najszybsze wyciągnięcie wniosków praktycznych, które umożliwiłyby nadrobienie naszych zaniedbań w dziedzinie zaopatrzenia (przez cały rok) ludności w mleko i przetwory mleczne, filetowane i zamrożone ryby, oczyszczone odpowiednio opakowane i zamrożone warzywa, świeże lub odpowiednio przetworzone owoce oraz inne produkty żywnościowe.

Z powyższych uwag wynika, że również pracownicy służby zdrowia w swych planach pracy nie mogą pomijać problematyki żywienia (przede wszystkim zbiorowego) oraz prawidłowego pod względem jakościowym zaopatrzenia rynku w artykuły żywnościowe.

W przewidywaniach na dalsze lata należy pamiętać o trudnościach wynikających ze względnego zmniejszenia się areału ziemi uprawnej na jednego mieszkańca. Częściowo trudności te zostaną niewątpliwie rozwiązane przez zwiększenie wydajności z 1 ha, jednak nie można wykluczyć ewentualności ograniczenia produkcji artykułów żywnościowych pochodzenia zwierzęcego, a przede wszystkim wieprzowiny. Z różnego rodzaju trudnościami w zakresie produkcji artykułów żywnościowych od dawna już borykają się przeludnione kraje Dalekiego Wschodu, wysp Oceanu Indyjskiego, Ameryki Łacińskiej i inne. Mają tam pierwszeństwo uprawy dostarczające najwięcej kalorii. Niedobory białek uzupełnia się soją, rybami, zwierzętami, gdzie indziej niejadalnymi. W przyszłości również u nas może wystąpić konieczność stopniowego przestawiania profilu produkcji środków spożywczych. Na pierwszym miejscu, dla uniknięcia następstw niedoborów ilościowych, będziemy starali się zwiększyć produkcję zbóż i właściwie nimi gospodarować. Dla uniknięcia następstw niedoborów jakościowych musi się odpowiednio rozwijać produkcja środków spożywczych, będących dobrym źródłem białka zwierzęcego (przede wszystkim mleka) oraz roślinnego (głównie w postaci roślin motylkowych). Nie można wykluczyć potrzeby zastosowania w najbliższej przyszłości syntezy biologicznej aminokwasów i witamin dla wzbogacenia podstawowych artykułów spożywczych. Prawdopodobnie trzeba będzie również rozwijać uzupełniającą produkcję białek, np. drożdży, glonów. Rozwój prac w tym kierunku jest w ostatnich latach bardzo intensywny.

W skali światowej nauki medyczne powinny odgrywać znacznie większą rolę niż obecnie w planowaniu rozwoju rolnictwa oraz w planowaniu sieci handlowej w odniesieniu do artykułów żywnościowych. Nauki medyczne są w tym zakresie najbardziej kompetentne i mogą w istotnym stopniu przyczynić się — jeżeli nie do generalnego rozwiązania problemu głodu na świecie — to do zasadniczej poprawy sytuacji w zakresie odżywiania wielu milionów ludzi, a tym samym do zasadniczej poprawy sytuacji zdrowotnej w wielu krajach.

Przykładem efektywności udziału nauk medycznych w rozwiązywaniu problemu niedożywienia są osiągnięcia Instytutu Żywienia Ameryki Środkowej i Panamy. W Instytucie tym opracowano metodykę otrzymywania taniego, o dużej zawartości białka produktu, który nazwano Incapariną, a pochodzącego z wyrzucanych dotychczas odpadów nasion oleistych (przy produkcji oleju). Produkt ten został przygotowany w takiej postaci i konsystencji, że imituje powszechnie używane na danym terenie produkty.

Odpowiednie badania socjologiczne potwierdziły przyjęcie tego produktu przez miejscowe społeczeństwo. W ostatnich latach produkcję Incapariny podjęło wiele krajów Ameryki Łacińskiej, między innymi Gwatemala, Kolumbia i Wenezuela. Roczna produkcja w tych krajach łącznie z Panamą przekracza obecnie 2 miliony kg.

Niska cena produktu pozwala osiągnąć pełne pokrycie zapotrzebowania na białko przez dziecko za równowartość kilku centów

(w walucie USA). W innych krajach Ameryki Łacińskiej podjęto próby produkcji podobnego artykułu wykorzystując miejscowe surowce.

SUBSTANCJE OBCE W PRODUKTACH SPOŻYWCZYCH

Pewien wpływ na sposób żywienia i stan odżywienia mają substancje obce, celowo dodawane do żywności. Środków tych jest dużo. Są one stosowane do zapobiegania szybkiemu psuciu się produktów, podniesienia wartości smakowych i zapachowych lub innych celów. Normalne produkty spożywcze powinny być w zasadzie wolne od substancji obcych i zanieczyszczeń technicznych, lub co najwyżej zawierać je w ilościach dopuszczalnych, ustalonych odpowiednimi przepisami sanitarnymi. Spośród dopuszczalnych do stosowania substancji obcych tylko nieliczne są zupełnie nieszkodliwe dla zdrowia przy wielokrotnym i częstym spożywaniu przez człowieka. Ludzie chorzy oraz małe dzieci, a szczególnie niemowlęta, są bardziej wrażliwe na toksyczne działanie większości substancji obcych w produktach spożywczych.

Niektóre grupy substancji obcych dodawanych do żywności mogą mieć szczególne znaczenie. Znane są tzw. przeciwutleniacze — substancje hamujące jełczenie tłuszczów i zapobiegające wytwarzaniu się w nich nadtlenków i epoksytlenków, w obecności których następują zmiany wewnątrzcząsteczkowe w tłuszczu, prowadzące niekiedy do wytworzenia związków rakotwórczych. Może to wystąpić zwłaszcza podczas procesów kulinarnych, jak smażenie, pieczenie. Te dane właśnie powodują zastrzeżenia żywieniowców co do stosowania zjełczałych tłuszczów zwierzęcych i roślinnych.

Prawdopodobnie również i same przeciwutleniacze nie są obojętne dla zdrowia. Kraje eksportujące tłuszcze stosują te substancje, aby zapobiec psuciu się tłuszczów podczas długotrwałego transportu. Przeciwutleniacze stosowane są również dość często ze względów ekonomicznych przez kraje, w których występują wysokie średnie temperatury.

Na specjalną uwagę zasługują antybiotyki, które są stosowane powszechnie w lecznictwie ludzi i zwierząt oraz w licznych krajach (również w Polsce) jako dodatek do pasz dla prosiąt i drobiu, a w niektórych krajach ponadto do konserwowania mięsa. Przez

dodanie antybiotyków przyspiesza się tucz prosiąt i brojlerów oraz zwiększa nośność jaj. Zanurzenie mięsa w roztworze antybiotyku przedłuża jego trwałość, zapobiegając rozwojowi drobnoustrojów. Z drugiej strony nie zawsze zdajemy sobie sprawę, że niektóre antybiotyki (zwłaszcza antybiotyki tetracyklinowe) podawane w paszy przechodzą do mięsa i jaj drobiu, że nie ulegają rozkładowi podczas gotowania lub pieczenia mięsa czy podczas gotowania lub smażenia jaj. Antybiotyki te mogą przenikać przez łożysko i tworzyć związki kompleksowe z wapniem; istnieją podejrzenia, że mogą działać teratogennie (wywoływać wady rozwojowe płodu). Również penicylina stosowana w leczeniu zapalenia wymion krów przechodzi do mleka. Pozostałości antybiotyków w środkach spożywczych mają wpływ na ich działanie wtedy, kiedy są zastosowane w celach leczniczych. Narastanie odporności bakterii na antybiotyki w miarę ich stosowania jest sprawą znaną. Tym samym więc musimy zdawać sobie sprawę, że podając antybiotyki na co dzień w żywności pozbawiamy się możliwości obrony w przypadku choroby, gdyż wtedy bakterie mogą już być uodpornione na działanie antybiotyków. Należy jednak podkreślić, że racjonalne stosowanie antybiotyków do celów niemedycznych — z wyjątkiem konserwowania mięsa — nie musi grozić tak niebezpiecznymi konsekwencjami.

Następne zagadnienie to stosowanie środków ochrony roślin. Na przykład znany powszechnie DDT jeszcze przed kilkunastu laty był uważany za substancję obojętną dla ustroju. Obecnie wiemy, że związek ten kumuluje się w tkance tłuszczowej. W normalnych warunkach organizm nie uruchamia tego szkodliwego zapasu, w przypadkach natomiast głodu następuje uruchomienie skumulowanego DDT ze wszystkimi groźnymi konsekwencjami. W ostatnich latach między innymi badacze węgierscy w długotrwałych doświadczeniach prowadzonych na kilku pokoleniach zwierząt stwierdzili, że DDT ma właściwości rakotwórcze.

Przykład ten wskazuje na znaczenie, jakie ma spożywanie żywności przygotowanej z surowców rolno-spożywczych niedostatecznie zbadanych, a uzyskiwanych w sposób niezgodny z aktualnym stanem wiedzy. Szczególnie surowce stanowiące podstawowy składnik posiłków przeznaczonych dla dzieci powinny być wolne od antybiotyków i pestycydów.

Skutki wybuchów atomowych oprócz zniszczeń bezpośrednich niosą opad radioaktywny. Opad ten jest aktualnie najpoważniejszym zanieczyszczeniem powietrza. Spośród około 60 pierwiastków występujących w postaci izotopów, w większości radioaktywnych, specjalne znaczenie mają umieszczone w tab.

Tabela 22

Radionuklid	Promieniowanie	Fizyczny okres półtrwania
Jod^{131}	beta, gamma	8 dni
Stront^{90}	beta	28 lat
Cez^{137}	gamma, beta	30 lat

W stosunku do wymienionych radionuklidów prowadzone w ostatnich latach badania umożliwiły ustalenie dopuszczalnych granic bezpieczeństwa w żywności i wodzie, z uwzględnieniem szczególnej wrażliwości niektórych narządów (jak np. gruczołu tarczycy wobec jodu^{131}).

Wnikanie poszczególnych radionuklidów do ustroju roślin, zwierząt i człowieka odbywa się w różny sposób. Rośliny wchłaniają jod^{131} z atmosfery poprzez liście. Pasza zielona na pastwiskach jest źródłem tego radionuklidu dla krów, które z kolei wydalają go wraz z mlekiem. Obecność tego izotopu na warzywach i w mleku, jeżeli stanowią one pożywienie kobiet ciężarnych, może spowodować zatrucie. Wśród sposobów usuwania jodu^{131} z mleka za najlepsze uchodzą wymienniki jonowe. Do najprostszych metod zapobiegawczych należy dodawanie jodu nieradioaktywnego (np. w postaci jodków) do paszy oraz stosowanie w żywieniu krów paszy magazynowanej (krótki okres półtrwania tego radionuklidu). Stront odkłada się w kościach obok wapnia. Cząsteczki beta uszkadzają czynność szpiku. Opad strontu^{90} jest w 1% wchłaniany z powierzchni gleby przez rośliny. Deszcze zwiększają to wchłanianie. Wnika on z paszą do ustroju krowy, gdzie 90% odkłada się, a 10% jest wydalana z mlekiem, stanowiącym źródło tego radionuklidu dla człowieka. Źródłem strontu^{90} mogą być także warzywa, zboża i woda. W odróżnieniu od jodu i cezu stront nie wchłania się poprzez liście, ale pozostaje na ich powierzchni. Przez obmycie liści lub ich odrzucenie radioaktywność ulega zmniejszeniu o około 20%. Źródłem strontu^{90} mogą być wreszcie produkty mięsne, bowiem należy pamiętać, że 90% strontu odkłada się w mięsie zwierząt. Podstawowym elementem zapobiegania zanieczyszczeniu środków spożywczych tym radionuklidem jest zwiększenie ilości wapnia w glebie, w paszy krów i pożywieniu człowieka, w celu zwiększenia stosunku wapnia do strontu. Usuwanie strontu^{90} z mleka jest możliwe na drodze sączenia przez żel z zastosowaniem wymienników jonowych. Cez jest wchłaniany przez rośliny z gleby i poprzez liście. Po spożyciu rozmieszcza się w tkance mięśniowej.

Ponadto nie należy pomijać jako jednego z efektów wybuchu jądrowego tzw. radioaktywności wzbudzonej, stanowiącej część skażenia radioaktywnego. Najniższą radioaktywność wzbudzoną notujemy w środkach spożywczych o niskiej zawartości soli mineralnych (głównie sodowych). Sód^{24} w okresie półtrwania 15 godzin promieniuje cząsteczkami beta i gamma. Do najbezpieczniejszych pod tym względem produktów należą cukier i tłuszcze, natomiast wszelkie przetwory z dodatkiem soli kuchennej, konserwy i koncentraty (np. mleko sproszkowane) są niebezpieczne.

Istotne znaczenie ma również rodzaj opakowania produktów żywnościowych. Opakowania metalowe aktywują się silniej niż np. opakowania z tworzyw sztucznych, przy czym radioaktywność gamma zanika szybciej w opakowaniach syntetycznych niż metalowych. Nie należy jednak zapominać, że w opakowaniach, zwłaszcza z polichlorku winylu, występują substancje pomocnicze — związki organiczne, których obecność może wpływać na końcowy efekt i działania substancji radioaktywnych.

Wnioski praktyczne, jakie wynikają z dotychczasowej wiedzy na temat „opad radioaktywny a żywność", wskazują, że na ogół ziemniak i warzywa korzeniowe z terenów skażonych opadem radioaktywnym mogą być spożywane po dokładnym opłukaniu i obraniu, natomiast roślinność naziemna wymaga usunięcia pyłu, gdyż obróbka termiczna nie usuwa promieniowania. Wskazuje to z kolei, że największe niebezpieczeństwo pochodzi ze strony warzyw liściastych i miękkich owoców, mniejsze niebezpieczeństwo ze strony owoców twardych, z których na skutek gładkiej powierzchni łatwiejsze jest usunięcie pyłu chociażby przez dokładne umycie. Mleko

skażone należy do produktów bardzo niebezpiecznych. Gotowanie mleka, wody i innych produktów skażonych nie wpływa na zmniejszenie w nich radioaktywności.

ŻYWIENIE A ODPORNOŚĆ USTROJU

W warunkach istniejących w krajach rozwijających się, kiedy małe dziecko jest odstawione od piersi, aby zrobić miejsce dla następnego, następuje u niego nie tylko niedobór białka w ogóle, ale także niedobór energetyczny. Warunki takie przyjęto określać mianem niedoboru energetyczno-białkowego. Konsekwencje takiego niedoboru mogą być trojakie, występujące osobno lub razem:

1. U dziecka, które przebyło niedobór energetyczno-białkowy, może wystąpić uszkodzenie sprawności umysłowej, objawiające się trudnościami w przyswajaniu i opanowaniu wiadomości z zakresu podstawowego wykształcenia.
2. Konsekwencją niedoboru energetyczno-białkowego są zmiany reakcji organizmu na niektóre szczepionki. Zaobserwowano mianowicie, że zmiany w składzie diety decydują o tym, czy np. zastosowanie szczepionki przeciwgruźliczej BCG jest skuteczne czy nie.
3. Dalszą konsekwencją niedoboru energetyczno-białkowego jest zwiększenie się umieralności z powodu chorób, które w innych warunkach nie doprowadziłyby do zgonu (np. odra, gruźlica, malaria i inne). Liczne obserwacje coraz wyraźniej potwierdzają fakt, że w określonych warunkach właściwą przyczyną zgonu jest nie tylko określona jednostka chorobowa, ale także niedobór energetyczno-białkowy w żywieniu.

Powyższe dane świadczą, że żywienie wpływa zarówno na odporność na zakażenia, jak i na sprawność umysłową. Liczne badania wykazały, że w krajach, w których ludność jest niedożywiona pod względem ilościowym i jakościowym, umieralność wśród dzieci i młodzieży jest wielokrotnie wyższa niż w krajach rozwiniętych gospodarczo.

Ostra biegunka wśród dzieci prawidłowo żywionych jest niezbyt groźna, ale wśród dzieci niedożywionych pod względem białkowym daje skutki katastrofalne. Dzieci niedożywione są wrażliwe na wszelkie nawet banalne zakażenia, które nieraz prowadzą do zgonu.

Prowadzone w wielu krajach badania nad wpływem wadliwego żywienia na obniżenie wytwarzania nieswoistych i swoistych ciał odpornościowych dostarczają dalszych istotnych informacji o wpływie żywienia na zdrowie. Już na podstawie dotychczasowego stanu wiedzy zdaje się nie ulegać wątpliwości, że w przypadku znacznych wad żywienia odporność organizmu ulega wyraźnemu obniżeniu. Dalszych badań wymaga jeszcze problem poznania wpływu utajonych niedoborów pokarmowych lub innych wad w żywieniu na odporność.

Zagadnienie ochrony człowieka przed skutkami wadliwego żywienia staje się coraz bardziej aktualne ze względu na przedłużanie się przeciętnej długości życia i możliwość późnego ujawniania się skutków różnych niedoborów. Z powyższych uwag wynika, że większy nacisk należy położyć na propagowanie zaleceń dotyczących prawidłowego żywienia ludzi. Najbardziej chyba trafne jest zalecenie jednego z twórców nowej nauki o żywieniu: „jedz, co chcesz, gdy zjadłeś, co powinieneś". A powinno się w codziennych posiłkach spożywać odpowiednią ilość tzw. produktów ochronnych, czyli artykułów żywnościowych obfitujących w składniki pokarmowe, których niedobory zdarzają się najczęściej. Do takich produktów należy przede wszystkim mleko oraz warzywa i owoce.

Mleko jest podstawowym źródłem aminokwasów egzogennych, warunkujących pełnowartościowość białka. Aminokwasy te przyczyniają się w poważnym stopniu do podniesienia ogólnej odporności ustroju. Z kolei wapń zawarty w mleku odznacza się wyjątkowo dobrą przyswajalnością przez organizm. Natomiast warzywa i owoce stanowią podstawowe źródło wielu soli mineralnych i witamin.

ORGANIZACJA ŻYWIENIA ZBIOROWEGO

Obok restauracji, kawiarni i innych placówek żywienia zbiorowego, mających na celu wydawanie posiłków dla przygodnych gości, istnieje liczna grupa zakładów żywienia zbiorowego, prowadzących całkowite wyżywienie określonych grup ludności (domy dziecka, internaty, domy akademickie, stołówki żołnierskie, kasyna wojskowe i inne) oraz jeszcze liczniejsza grupa zakładów prowadzą-

cych wyżywienie częściowe (kafeterie, stołówki, bary itp.). Szczególnie odpowiedzialne zadania spoczywają na zakładach żywienia zbiorowego całkowitego, gdyż wyżywienie musi tam być zarówno pełnowartościowe, jak i stosunkowo tanie. Ponadto zakłady te powinny kształtować prawidłowe zwyczaje żywienia u swych podopiecznych.

Aby omawiane zakłady mogły spełniać ciążące na nich zadania, muszą mieć odpowiednie warunki lokalowe i wyposażeniowe. Wielkim ułatwieniem w ich pracy — analogicznie jak w odniesieniu do żywienia indywidualnego — byłaby możność nabywania po przeciętnej cenie gotowych zestawów posiłków bądź produktów oczyszczonych (obrane ziemniaki, warzywa, półprzetwory, mrożone lub puszkowane warzywa, porcjowane i zamrażane mięso, filetowane i zamrażane ryby itp.). Analogiczne postulaty odnoszą się do otwartych zakładów żywienia zbiorowego. Dostateczna sieć zakładów umożliwiających szybkie spożycie tanich i pełnowartościowych posiłków stanowi zasadniczy warunek poprawy sytuacji żywieniowej, a tym samym i sytuacji zdrowotnej dużej grupy ludności naszego kraju.

Zbyt mało jest w naszym kraju nowoczesnych, zmechanizowanych barów szybkiej obsługi czy otwartych stołówek; ich brak odczuwa się szczególnie dotkliwie w miejscowościach uzdrowiskowych i turystycznych. Zakłady tego typu są niezbędne również w dużych miastach, a nawet na terenie lub w pobliżu dużych zakładów przemysłowych.

W wielu krajach w podobny sposób jak bary szybkiej obsługi są zorganizowane stołówki pracownicze, szkolne i studenckie. Placówki te mają zwykle w swoim jadłospisie po kilka dań gotowych, co umożliwia zaspokojenie upodobań konsumentów i zapobiega marnotrawstwu.

Aby w sposób właściwy sprostać zapotrzebowaniu, omawiane typy zakładów żywienia zbiorowego muszą korzystać z produktów oczyszczonych, porcjowanych, chłodzonych lub zamrożonych; wtedy ich zaplecze kuchenne może być niewielkie, a organizacja pracy sprawna. Rozwój takich zakładów jest nie tylko sprawą wygody konsumenta, ale ma duże znaczenie zdrowotne, społeczne i gospodarcze (co między innymi wykazano na przykładzie Centralnej Kuchni na Śląsku).

Przez niezawodną i sprawną organizację placówek żywienia zbiorowego oraz korzyści zdrowotnych uzyskać można istotne efekty ekonomiczne i wychowawcze (wydajność, postawa społeczeństwa). Obok zakładów żywienia zbiorowego o stałej lokalizacji w wielu krajach istnieją również ruchome jednostki dla wydawania niektórych typów posiłków. U nas organizuje się je wyłącznie przy okazji różnych imprez na dużą skalę. W innych krajach tego rodzaju jednostki (rodzaj kiosków z gotowymi potrawami) są ulokowane w samochodach i obsługują ludność w czasie dni wolnych od pracy. Są one ustawione przed teatrami; kinami, na boiskach sportowych, w parkach itp. Produkty wydawane w tych kioskach nie zastępują zasadniczych posiłków, ale zmniejszają zbyt długie przerwy między nimi i spożycie różnych słodyczy (niekorzystnych z punktu widzenia zdrowia).

Rozdział V

MIĘDZYNARODOWE ORGANIZACJE W DZIEDZINIE OCHRONY ZDROWIA

1. ŚWIATOWA ORGANIZACJA ZDROWIA (WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION)

Pierwszymi próbami międzynarodowej współpracy w dziedzinie ochrony zdrowia były m i ę d z y n a r o d o w e k o n f e r e n c j e s a n i t a r n e, których głównym zadaniem była walka z chorobami epidemicznymi. Pierwsza międzynarodowa konferencja sanitarna odbyła się w Paryżu w roku 1851 (obrady jej dotyczyły zwalczania cholery).

Dalszym krokiem w rozwoju międzynarodowej współpracy w dziedzinie ochrony zdrowia było utworzenie w roku 1907 Międzynarodowego Biura Higieny Publicznej (z siedzibą w Paryżu). Głównym zadaniem Biura było zbieranie i rozpowszechnianie informacji dotyczących zdrowia publicznego, a w szczególności tzw. kwarantannowych chorób zakaźnych (cholera, ospa, dżuma, żółta febra) oraz metod walki z nimi. Od początku swego istnienia Biuro

podjęło także prace w zakresie higieny żywienia, budowy i organizacji szpitali, higieny szkół i zakładów pracy, standaryzacji biologicznej.

Po I wojnie światowej Międzynarodowe Biuro Higieny Publicznej nadal kontynuowało swoją działalność, nie zmieniając w zasadzie jej zakresu ani struktury organizacyjnej. Równocześnie jednak została powołana do życia Organizacja Zdrowia Ligi Narodów (z siedzibą w Genewie), która włączyła się czynnie do walki z epidemiami (pierwszą akcją przeprowadzoną przez tę organizację była walka z epidemią duru w Polsce) oraz zbierała i rozpowszechniała informacje o epidemiach. Zajmowała się także walką z malarią i rakiem, higieną mieszkań i regionów wiejskich oraz fizjologią żywienia. W okresie II wojny światowej działalność obu międzynarodowych organizacji została niemal zupełnie zawieszona.

Idea utworzenia jednej międzynarodowej organizacji, która koordynowałaby całokształt współpracy międzynarodowej w dziedzinie ochrony zdrowia ludności świata, powstała bezpośrednio po II wojnie światowej. Konferencja Narodów Zjednoczonych w San Francisco w 1945 roku zaleciła utworzenie międzynarodowej organizacji zdrowia, a powołany w tym celu Techniczny Komitet Przygotowawczy opracował projekt konstytucji nowej organizacji, której nadano nazwę: Światowa Organizacja Zdrowia (w skład Technicznego Komitetu Przygotowawczego wchodził z ramienia Polski prof. Marcin Kacprzak).

Celem Światowej Organizacji Zdrowia (zgodnie z jej konstytucją) jest „osiągnięcie przez wszystkich ludzi możliwie najwyższego poziomu zdrowia". Do osiągnięcia tego celu zmierza Światowa Organizacja Zdrowia między innymi przez inicjowanie programów zdrowotnych i koordynowanie zagadnień ochrony zdrowia ludności w skali międzynarodowej oraz przez udzielanie pomocy rządom poszczególnych krajów na ich prośbę w rozbudowie służb zdrowia.

Centrala ŚOZ mieści się w Genewie. Na czele ŚOZ stoi Dyrektor Generalny. W celu usprawnienia działalności ŚOZ utworzono 6 regionów, kierowanych przez Biura Regionalne: 1) Region Europejski (z siedzibą w Kopenhadze), 2) Region Afrykański (Brazzaville), 3) Region wschodniego Morza Śródziemnego (Aleksandria), 4) Region południowo-wschodniej Azji (New Delhi), 5) Region zachodniego Pacyfiku (Manila) i 6) Region Ameryki (Waszyngton).

Największym programem realizowanym przez ŚOZ była akcja zmierzająca do likwidacji ospy, rozpoczęta w 1967 roku i zakładająca zupełną likwidację tej choroby w ciągu 10 lat. Program ten polegał na systematycznych szczepieniach ochronnych ludności narażonej na zakażenie ospą. Został on zrealizowany z pełnym sukcesem.

Na podkreślenie zasługuje także rola ŚOZ jako inspiratora i koordynatora międzynarodowej współpracy naukowej. Światowa Organizacja Zdrowia wykorzystuje w swojej działalności naukowej system tzw. ośrodków referencyjnych, organizowanych zazwyczaj w najbardziej przodujących instytucjach z danej dziedziny naukowej. Światowa Organizacja Zdrowia realizuje wiele programów międzynarodowych badań medycznych (m.in. w dziedzinie kardiologii, onkologii, oceny leków, walki z malarią, chorobami pasożytniczymi itp.). Istotną rolę w działalności ŚOZ odgrywają także komitety ekspertów, do których są powoływani najwybitniejsi specjaliści z całego świata. Wyniki prac komitetów ekspertów są publikowane w Raportach Technicznych wydawanych przez ŚOZ. Stanowią one cenne informacje dla służb zdrowia w poszczególnych krajach.

Szczególną troską ŚOZ jest sprawa szkolenia i doszkalania lekarzy, pielęgniarek, laborantów, inżynierów sanitarnych itp., zwłaszcza dla krajów rozwijających się. Oczywiście pomoc ŚOZ w sprawach szkolenia i doszkalania odgrywa poważną rolę nie tylko dla krajów rozwijających się, lecz niemal dla wszystkich krajów świata. Światowa Organizacja Zdrowia organizuje także międzynarodową wymianę doświadczeń w zakresie nowych programów i metod nauczania w szkołach medycznych.

Duże znaczenie miało uporządkowanie przez ŚOZ międzynarodowych konwencji sanitarnych (zawieranych w różnym czasie, często już zdezaktualizowanych lub nawet sprzecznych ze sobą). W wyniku kilkuletniej pracy przygotowawczej Światowe Zgromadzenie Zdrowia uchwaliło w 1951 roku Międzynarodowe Przepisy Sanitarne, które zastąpiły wszystkie poprzednio istniejące konwencje sanitarne. Przepisy te dotyczą m.in. zasad międzynarodowego transportu, ustalają warunki sanitarne i środki, jakie powinny być podjęte dla ochrony zdrowia w portach i lotniskach otwartych dla ruchu międzynarodowego. Wszystkie kraje członkowskie ŚOZ

są zobowiązane do natychmiastowego zgłaszania do Centrali ŚOZ przypadków chorób wymagających kwarantanny na swoim terytorium. Światowa Organizacja Zdrowia ma z kolei obowiązek powiadamiania wszystkich organów służby zdrowia na świecie o pojawieniu się tych chorób. W nagłych wypadkach są nadawane specjalne komunikaty radiowe. Poza tym ŚOZ wydaje Tygodniowy Biuletyn Epidemiologiczny, zawierający także informacje o występowaniu innych (nie wymagających kwarantanny) chorób zakaźnych (grypa, poliomyelitis itp.).

Wśród innych ważnych prac prowadzonych przez ŚOZ na podkreślenie zasługują m.in. zbieranie, analiza i publikowanie danych statystycznych dotyczących demografii, zachorowań i zgonów, opracowywanie i wydawanie międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Przyczyn Zgonów, wydawanie okresowych raportów o sytuacji zdrowotnej na świecie, badania nad jakością leków i bezpieczeństwem ich stosowania, prace w dziedzinie genetyki, reprodukcji ludności i planowania rodziny oraz w dziedzinie organizacji ochrony zdrowia, higieny otoczenia, zaopatrzenia w wodę, zwalczania chorób cywilizacyjnych itp.

Podział na regiony umożliwia dostosowywanie programów działania Organizacji do specyficznych warunków i potrzeb istniejących w różnych częściach świata.

Region Europejski ŚOZ obejmuje 31 krajów i jest największy pod względem obszaru i liczby ludności (w skład Regionu Europejskiego wchodzi europejska i azjatycka część Związku Radzieckiego, a także Algieria, Maroko i Turcja). Problemy ochrony zdrowia w Regionie Europejskim są bardzo złożone, przeważają w nich jednak zagadnienia typowe dla krajów rozwiniętych.

W działalności ŚOZ w Regionie Europejskim na podkreślenie zasługuje długofalowy program intensyfikacji działalności zapobiegawczej w dziedzinie chorób układu krążenia (w realizacji tego programu bierze także udział Polska), nowotworów (z udziałem polskich instytutów onkologii), chorób psychicznych (z udziałem polskich ośrodków naukowo-badawczych) oraz innych chorób przewlekłych.

Wprowadzenie planowania długofalowego w zakresie ochrony zdrowia jest także jednym z głównych problemów w działalności koordynacyjnej Biura Europejskiego ŚOZ (problemy metodologii

planowania, powiązania aspektów zdrowotnych z planowaniem rozwoju społeczno-ekonomicznego, metodologia oceny programów zdrowia publicznego itp.).

Europejskie Biuro Regionalne koordynuje międzynarodową wymianę doświadczeń i idei w zakresie reformy studiów medycznych. Europa, jako region mający liczne ośrodki naukowe i nauczające, odgrywa szczególną rolę w organizowaniu studiów dla stypendystów nie tylko z krajów europejskich, ale także z innych regionów świata. Światowa Organizacja Zdrowia organizuje także szkolenia w polskich medycznych ośrodkach naukowych i instytucjach służby zdrowia dla stypendystów z różnych krajów. Szkolenie w naszym kraju obejmuje m.in. następujące dziedziny: opieka nad matką i dzieckiem, medycyna pracy, szkolenie pielęgniarek, organizacja i planowanie służby zdrowia, anestezjologia i inne.

Światowa Organizacja Zdrowia organizuje corocznie wiele międzynarodowych kursów, sympozjów i konferencji naukowych, na które zaprasza także przedstawicieli z Polski (w charakterze uczestników, wykładowców lub konsultantów). Niektóre sympozja i kursy są organizowane także w Polsce.

Wielu polskich specjalistów wchodzi w skład komitetów ekspertów ŚOZ, które opracowują materiały naukowe z zakresu swej specjalności lub uczestniczą w posiedzeniach problemowych. Polscy specjaliści pracują także w wielu agendach ŚOZ. Przedstawiciele Polski są inicjatorami wielu ważnych uchwał i programów, które mają bardzo istotne znaczenie dla współpracy międzynarodowej w dziedzinie ochrony zdrowia i poprawy sytuacji zdrowotnej ludności całego świata.

2. FUNDUSZ NARODÓW ZJEDNOCZONYCH POMOCY DZIECIOM (UNICEF – UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FOUND)

Skutki wojny i nędzy panującej w krajach słabo rozwiniętych pod względem gospodarczym mają szczególnie drastyczny charakter, jeżeli chodzi o sytuację dzieci. Według aktualnych danych statystycznych spośród 900 milionów dzieci na świecie co najmniej $^1/_3$ jest pozbawiona odpowiedniego odżywienia, ubrania, mieszkania i ochrony przed chorobami.

W pierwszym okresie po wojnie pomoc dla dzieci była realizowana w ramach programu UNRRA. Po likwidacji tej organizacji pewne jej fundusze i środki przejął UNICEF.

Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych (na podstawie rezolucji z 11 grudnia 1946 roku) powołało do życia UNICEF początkowo na trzy lata. Okazało się jednak, że potrzeby w tej dziedzinie nie dadzą się zaspokoić w tak krótkim czasie. Dlatego Zgromadzenie Ogólne przedłużyło w 1950 roku UNICEF na następne trzy lata, a w 1953 roku uczyniło go stałą instytucją ONZ.

Pomoc dostarczana przez UNICEF polega głównie na dostawach żywności i lekarstw oraz urządzeń do ich produkcji. Najpierw kierowana ona była głównie do krajów zniszczonych przez wojnę, obecnie przede wszystkim do krajów rozwijających się. Program funduszu jest finansowany w 90% z dobrowolnych wkładów rządów i w 10% z innych źródeł publicznych i prywatnych oraz własnych dochodów (m.in. sprzedaż znaczków i kart pocztowych).

Realizacja programów UNICEF odbywa się na podstawie umów zawieranych z poszczególnymi rządami, które zwracają się o pomoc. W umowie takiej jest określony długofalowy program pomocy dla danego kraju oraz zobowiązanie rządu do przestrzegania pewnych warunków i współuczestniczenia w realizacji danego programu UNICEF w postaci wykonania określonej jego części (w praktyce $^{2}/_{3}$ takiego programu finansuje rząd kraju korzystającego z pomocy).

Formy pomocy UNICEF polegają na:

1) pomocy w tworzeniu i rozbudowie systemu opieki nad matką i dzieckiem (m.in. przez dostawę odpowiedniego sprzętu i zaopatrzenia dla ośrodków zdrowia oraz szkolenie personelu);

2) pomocy w zapobieganiu chorobom i ich zwalczaniu (np. przez prowadzenie szczepień i dostarczanie lekarstw);

3) dostawach środków spożywczych (np. mleka konserwowanego, tranu, wyposażenia i urządzeń dla zakładów przetwarzania artykułów spożywczych);

4) dostawach pewnych surowców (w pierwszym okresie po wojnie).

Warunkiem udzielenia pomocy jest zgoda danego państwa na pewną kontrolę przez UNICEF realizacji programu. Formy tej kontroli polegają na: a) zatwierdzeniu programu pomocy dzieciom, opracowanego przez rząd danego kraju, w którego realizacji uczestniczyć ma UNICEF; b) składaniu sprawozdań z realizacji programu przez rząd danego kraju; c) ustanowieniu stałej misji UNICEF w danym kraju lub wysłaniu misji wizytacyjnych, które mają prawo kontrolowania sposobu rozporządzania otrzymaną pomocą przez władze miejscowe.

UNICEF współpracuje z organizacjami wyspecjalizowanymi o zbliżonych zadaniach (jak FAO i WHO), zawierając z nimi umowy i tworząc wspólne organy specjalne. Organizacje te biorą udział w realizacji projektów wchodzących w skład programu UNICEF, dostarczając przede wszystkim pomocy technicznej (konsultanci, eksperci, szkolenie, ocena programów itp.).

Polska uczestniczy aktywnie w pracach UNICEF. Przedstawiciel Polski wchodzi w skład Rady Wykonawczej UNICEF. Od kilku lat w Polsce jest prowadzone przy pomocy UNICEF szkolenie specjalistów w pediatrii społecznej dla pracowników medycznych z krajów rozwijających się (w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie).

3. MIĘDZYNARODOWA ORGANIZACJA PRACY – MOP (INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION – ILO)

Międzynarodowa Organizacja Pracy utworzona została jako samodzielna organizacja w roku 1919, obecnie stanowi wyspecjalizowaną agencję ONZ. Naczelną władzą organizacji są doroczne zebrania członków, przy czym poszczególne państwa są reprezentowane przez przedstawicieli rządu, pracodawców i pracowników.

Organem wykonawczym jest Międzynarodowe Biuro Pracy, które mieści się w Genewie.

Podstawowym zadaniem MOP jest przygotowywanie międzynarodowych konwencji i zaleceń dla rządów w zakresie ustawodawstwa i nadzoru pracy. Międzynarodowa Organizacja Pracy dostarcza także pomocy technicznej, prowadzi działalność publikacyjną oraz międzynarodową statystykę zagadnień związanych z pracą. Do głównych problemów należą m.in. zagadnienie czasu pracy, zarobków, medycyna pracy, zapotrzebowanie na siłę roboczą i szkolenie pracowników.

Do zakresu MOP należą takie zagadnienia, jak ochrona robotników przed chorobami zawodowymi i wypadkami przy pracy, zabezpieczenie na starość i na wypadek niezdolności do pracy, obrona interesów robotników pracujących za granicą — uznanie zasady równej płacy za równą pracę, uznanie zasady wolności stowarzyszania się, organizowania szkolnictwa zawodowego i technicznego. Głównymi organami MOP są: Konferencja Ogólna, Rada Administracyjna i Międzynarodowe Biuro Pracy z Dyrektorem Generalnym na czele.

Międzynarodowe Biuro Pracy wykonuje funkcje techniczne Sekretariatu Konferencji i Rady Administracyjnej.

Międzynarodowa Organizacja Pracy pełni też funkcje kontrolne nad wykonaniem konwencji i realizacją zaleceń. Rządy państw członkowskich zobowiązują się do składania sprawozdań z zakresu ustawodawstwa pracy na odcinkach objętych konwencjami i zaleceniami MOP.

4. WSPÓŁPRACA KRAJÓW SOCJALISTYCZNYCH

Ochrona zdrowia ludności jest jedną z podstawowych dziedzin ścisłej i wielostronnej współpracy krajów socjalistycznych. Od pierwszych lat powojennych współpraca ta przejawiała się w formie pomocy konsultacyjnej, szkoleniowej, a nawet materialnej ze strony Związku Radzieckiego dla innych krajów socjalistycznych, budujących od podstaw społeczne systemy ochrony zdrowia. W latach późniejszych rozwinęły się i utrwaliły formy wielostronnej współpracy i wzajemnej pomocy między wszystkimi krajami socjalistycznymi zarówno europejskimi, jak i pozaeuropejskimi.

Do aktualnie realizowanych form współpracy w dziedzinie ochrony zdrowia należy przede wszystkim:

a) współpraca w ramach stałej komisji RWPG ds. ochrony zdrowia, obejmująca m.in. wspólną realizację 11 kompleksowych problemów naukowo-badawczych;

b) coroczne konferencje ministrów zdrowia krajów socjalistycznych, poświęcone wymianie doświadczeń i ustalaniu zasad działania w węzłowej problematyce ochrony zdrowia ludności;

c) współpraca medycznych instytutów naukowo-badawczych krajów socjalistycznych, która ma na celu koordynację prac naukowych z dziedziny ochrony zdrowia ludności i przyspieszenie postępu naukowego w tej dziedzinie;

d) współpraca naukowych i zawodowych stowarzyszeń medycznych, której celem jest wymiana doświadczeń i przyspieszenie wdrażania postępu naukowego do praktycznej działalności społecznych służb zdrowia w poszczególnych krajach socjalistycznych;

e) wydawanie wspólnych (międzynarodowych) czasopism i wydawnictw medycznych dla ułatwienia wzajemnej wymiany informacji o postępach naukowych i praktycznych w dziedzinie ochrony ludności;

f) prowadzenie wspólnych kursów, konferencji i sympozjów poświęconych szkoleniu specjalistycznemu i doskonaleniu kadr medycznych we wszystkich krajach socjalistycznych.

Dotychczasowe doświadczenie wykazuje, że współpraca krajów socjalistycznych w dziedzinie ochrony zdrowia ulega stałemu pogłębianiu i doskonaleniu form. Przyczynia się ona znacznie zarówno do zwiększania poziomu naukowego i sprawności działania społecznych służb zdrowia w poszczególnych krajach socjalistycznych, jak i do wzrastającego na forum światowym autorytetu i zainteresowania socjalistycznym systemem ochrony zdrowia ludności.

Rozdział VI

ORGANIZACJA OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

1. ROZWÓJ SPOŁECZNEJ SŁUŻBY ZDROWIA

W Polsce po II wojnie światowej, w wyniku zmienionej sytuacji społecznej i politycznej, powstały warunki umożliwiające rozwój ochrony zdrowia ludności na zasadach systemu formacji socjalistycznej. Charakterystyka tego systemu, opisana poprzednio, odnosi się więc w pełni do organizacji ochrony zdrowia w naszym kraju.

W kwietniu 1945 roku Krajowa Rada Narodowa powołała Ministerstwo Zdrowia jako organ kierowniczy odradzającej się służby zdrowia. Uprawnienia tego ministerstwa były początkowo ograniczone, gdyż w spadku po ustroju kapitalistycznym istniały na terenie kraju różnorodne instytucje opieki zdrowotnej, podległe wielu ośrodkom dyspozycyjnym. Obok instytucji podległych bezpośrednio lub przez samorządy terytorialne Ministerstwu Zdrowia istniało oddzielne lecznictwo ubezpieczeniowe podległe Ministerstwu Pracy i Opieki Społecznej, przemysłowa służba zdrowia podległa Ministerstwu Oświaty itd. Obok szpitali państwowych istniały szpitale samorządowe, ubezpieczalniane, wyznaniowe (kongregacyjne), PCK oraz prywatne.

W pierwszym okresie rozwoju (do roku 1947), ze względu na pilne zadania odbudowy zniszczonego wojną kraju, trudno było uporządkować pod względem prawnym i organizacyjnym całokształt zagadnień służby zdrowia. W okresie jednak pierwszego, 3-letniego planu gospodarczego (1947—1949) zaczął kształtować się nowy model organizacyjny ochrony zdrowia. Zasadniczą zmianą było przejęcie przez państwo całości opieki zdrowotnej nad ludnością. Nastąpiło to w roku 1948, na podstawie wydanej przez Sejm Ustawy o społecznych zakładach służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia (28 X 1948 r.). Ustawa ta podporządkowała Ministerstwu Zdrowia wszystkie zakłady lecznicze państwowe, samorządu terytorialnego, ubezpieczeń społecznych, fundacyjne kongregacyjne, związkowe oraz innych osób prawnych i stworzyła tym samym warunki do planowego rozwoju społecznej służby zdrowia. Kolejnym etapem było przejęcie lecznictwa ubezpieczeniowego i przemysłowego przez państwo i przekazanie go kierownictwu Ministerstwa Zdrowia. Proces całkowitej nacjonalizacji obiektów ochrony zdrowia nastąpił w latach 1950—1951. Wówczas też, w celu ujednolicenia i zespolenia organów zarządzania, przyjęto uchwałę sejmową o upaństwowieniu wytwórni i hurtowni farmaceutycznych oraz aptek (8 I 1951 r.). Od tej pory cała służba zdrowia jest prowadzona przez państwo. Państwo Ludowe objęło rolę bezpośredniego kierownika i organizatora ochrony zdrowia ludności. Wprowadzono w życie zasadę, że zdrowie jest nie tylko prywatną sprawą obywatela, lecz również sprawą ogólnopaństwową, a ochrona zdrowia ma służyć całemu społeczeństwu.

Zmiany organizacyjne ochrony zdrowia znalazły wyraz w wielu aktach prawnych i ustawie konstytucyjnej, które gwarantują ludności bezpłatną opiekę zdrowotną, możność korzystania z różnorodnych świadczeń leczniczych, rent itd. Wprowadzono też w życie zasadę powszechnego ubezpieczenia ludności pracującej. Z biegiem lat nastąpiło coraz ściślejsze powiązanie lecznictwa z profilaktyką i wychowaniem zdrowotnym. Do opracowania naukowych i praktycznych metod poprawy stanu sanitarnego miast i wsi, higieny handlu i artykułów spożywczych, likwidacji ognisk chorób zakaźnych powołano terytorialne stacje sanitarno-epidemiologiczne. Od roku 1950, tj. od ujednolicenia terenowych organów władzy państwowej, jakimi stały się rady narodowe (wojewódzkie, powiatowe, miejskie i gromadzkie), przystąpiono w praktyce do realizacji podstawowej zasady ustroju socjalistycznego — bezpośredniego udziału i wpływu społeczeństwa na rozwój ochrony zdrowia w kraju. Stało się to możliwe dzięki powołaniu przy radach narodowych wydziałów zdrowia oraz społecznych komisji zdrowia, które nie tylko kierowały i kontrolowały pracą wszystkich agend państwowej służby zdrowia, lecz również określały zakres działań zmierzających do zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych ludności.

W roku 1960, w celu dalszego usprawnienia i ujednolicenia organizacji ochrony zdrowia, jak również dotychczasowych powiązań w tym zakresie z resortem pracy i opieki społecznej, nastąpiło połączenie odpowiednich ministerstw i wydziałów, w wyniku czego powstało Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej oraz powstały terytorialne wydziały zdrowia i opieki społecznej (wojewódzkie i powiatowe).

Ochrona zdrowia w naszym kraju przyjęła więc charakter działalności państwowej w tym sensie, że jest planowana, finansowana i kontrolowana przez państwo, a działa poprzez instytucje społecznej służby zdrowia.

Państwo Ludowe przejęło obowiązki ochrony zdrowia ludności jako zadania wynikające z uchwalonej przez Sejm Ustawodawczy Konstytucji Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej.

Art. 70 Konstytucji stanowi:

„Obywatele Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej mają prawo do ochrony zdrowia oraz do pomocy w razie choroby lub niezdolności do pracy.

Coraz pełniejszemu urzeczywistnianiu tego prawa służą:

a) rozwój ubezpieczenia społecznego na wypadek choroby, starości i niezdolności do pracy oraz rozbudowa różnych form pomocy społecznej;

b) rozwój organizowanej przez państwo ochrony zdrowia oraz podnoszenie poziomu zdrowotnego ludności, bezpłatna pomoc lekarska dla wszystkich ludzi pracy i ich rodzin, stałe polepszanie warunków bezpieczeństwa, ochrony i higieny pracy, szeroko rozwinięte zapobieganie chorobom i ich zwalczanie, opieka nad inwalidami;

c) rozbudowa szpitali, sanatoriów, ambulatoriów, ośrodków zdrowia i urządzeń sanitarnych.

ORGANY ADMINISTRACJI OCHRONY ZDROWIA

System ochrony zdrowia w Polsce, podobnie jak w innych krajach socjalistycznych, oparty jest na założeniach programu społeczno-politycznego państwa, w którym sprawy związane z ochroną zdrowia należą do zagadnień stanowiących treść budownictwa socjalistycznego ustroju PRL. Program ten przedstawia jednolity, kompleksowy układ, w którym państwo odpowiedzialne jest za planowanie i budżetowanie wszelkich świadczeń w zakresie ochrony zdrowia. Tworzenie warunków dla ochrony zdrowia obywateli przejawia się w całokształcie działalności państwa i sprawia, iż celowi temu służą różne dziedziny jego poczynań. Rozwój zakresu, jak i form ochrony zdrowia w PRL następuje w miarę gospodarczego i społecznego rozwoju kraju oraz potrzeb ludności.

Sprawy służące ochronie zdrowia rozwiązywane są zgodnie z zasadami gospodarki planowej. Koordynuje ona wielokierunkową działalność i opracowuje jednolitą koncepcję działania w ramach wyodrębnionego działu administracji państwowej, zwanego resortem zdrowia i opieki społecznej.

Naczelnym organem administracji państwowej w dziedzinie ochrony zdrowia jest Minister Zdrowia i Opieki Społecznej. Kieruje on działalnością organów administracji resortu zdrowia i opieki społecznej oraz realizuje, inicjuje i koordynuje wykonanie zobowiązań Państwa w zakresie konstytucyjnych uprawnień obywateli do ochrony zdrowia.

Specjalnymi organami resortu zdrowia, ze względu na ich strukturę i formy działania, są jednoosobowe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej i naczelni lekarze uzdrowisk oraz organy kolegialne w postaci komisji kontroli zawodowej i komisje do spraw przeciwdziałania alkoholizmowi. Należą one do grupy organów decydujących, upoważnionych do rozstrzygania spraw.

Drugą grupę stanowią tzw. organy pomocnicze resortu. Zadania tych organów sprowadzają się do występowania z inicjatywą wyrażania opinii bądź przeprowadzania czynności kontrolnych. Należą do nich: Rada Naukowa przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej, kolegia oraz komisje o charakterze stałym lub tworzone w celu wykonania określonego zadania.

Do zakresu działania Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, jako naczelnego organu administracji, należą następujące zagadnienia:

a) sanitarno-epidemiczne;

b) pomoc zapobiegawczo-lecznicza dla ludności;

c) sprawy pomocy społecznej i opieki nad inwalidami;

d) kadry fachowych pracowników służby zdrowia (kształcenie i doskonalenie kadr fachowych pracowników służby zdrowia, polityka zatrudnienia i opieka nad kadrami, a także nad poziomem udzielanych przez nie świadczeń dla ludności);

e) tworzenie właściwych warunków do rozwoju nauk medycznych oraz czuwanie nad właściwym zaspokojeniem przez naukę potrzeb praktycznych służby zdrowia;

f) opieka nad stowarzyszeniami naukowymi oraz zajmującymi się zagadnieniami ochrony zdrowia ludności, a także nad sprawami opieki społecznej i zwalczania alkoholizmu;

g) organizowanie sprawozdawczości i statystyki oraz opracowań w zakresie ochrony zdrowia;

h) organizacja i kontrola stanu zdrowia osób uprawiających sport i udzielanie wytycznych z zakresu opieki profilaktyczno-leczniczej w dziedzinie wychowania fizycznego, sportu i turystyki;

i) wykonywanie umów międzynarodowych w zakresie ochrony zdrowia;

k) organizacja zaopatrzenia ludności w leki i protezy oraz kontrola nad jakością leków;

l) czuwanie nad właściwym poziomem wydawnictw z zakresu ochrony zdrowia;

m) opracowywanie planu rozwoju i finansowania ochrony zdrowia;

n) prowadzenie lub nadzór nad przedsiębiorstwami, których działalność jest niezbędna dla realizacji zadań opieki zdrowotnej.

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej współdziała z innymi ministrami, którzy, kierując podległymi im resortami, obowiązani są również do współdziałania w problemach związanych z ochroną zdrowia ludności. Jako członek Rady Ministrów wpływa również na uwzględnienie spraw mających znaczenie dla ochrony zdrowia w aspekcie całokształtu działania administracji państwowej.

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej wykonuje swoje funkcje kierownicze za pomocą podległego mu aparatu, którego struktura ulega zmianie, stosownie do nowych zadań i zasad funkcjonowania. Ministrowi podlegają bezpośrednio akademie medyczne wraz ze szpitalami klinicznymi, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Centrum Doskonalenia Nauczycieli i Średnich Kadr Medycznych, Centrum Naukowe Informacji Medycznej — GBL i instytuty naukowo-badawcze resortu.

Poza tym, w bezpośredniej gestii Ministerstwa znajdują się zakłady służby zdrowia będące w budżecie centralnym oraz takie przedsiębiorstwa, jak: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Biuro Projektów Służby Zdrowia, Centrala Zaopatrzenia Lecznictwa „CEZAL", Centralna Składnica Farmaceutyczna, Zjednoczenie Przedsiębiorstw Zaopatrzenia Farmaceutycznego „CEFARM". Ponadto Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej podlegają:

— „Biomed" — zjednoczenie grupujące przedsiębiorstwa surowic i szczepionek,

— „Ortmed" — zjednoczenie przemysłu ortopedycznego,

— „Ormed" — ośrodek badawczo-rozwojowy techniki medycznej,

— zjednoczenie pn. „Uzdrowiska Polskie", grupujące przedsiębiorstwa uzdrowiskowe*.

* Wg stanu na dzień 31 X 1981 r. w planowanej reformie gospodarczej założono likwidację zjednoczeń, a w ich miejsce (tylko w niektórych przypadkach) utworzenie zrzeszeń.

Współczesny aparat organizacyjny opieki zdrowotnej systematycznie rozrasta się, zwiększa się sieć różnego rodzaju zakładów opieki zdrowotnej i instytucji pomocniczych. Tworzą się nowe, niezbędne dla zaspokojenia potrzeb społecznych działy i specjalności.

Siłą napędową stałego rozwoju opieki zdrowotnej są postępy nauk medycznych i technicznych oraz zmiana warunków społeczno-politycznych. Wymagają one nieustannego przystosowywania się do narastających i różnicujących się potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

Rozwój i upowszechnianie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej wymagają stałego podnoszenia ich poziomu i jak najszerszego uwzględniania nowych zdobyczy medycyny i innych nauk. Potrzeby te wpływają również na rozwój i udoskonalenie systemu kierowania merytoryczną działalnością opieki zdrowotnej.

Dla realizacji tych zagadnień, Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej bezpośrednio podlegają akademie medyczne, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego i instytuty naukowo-badawcze resortu; ma to istotne znaczenie. Bezpośrednie podporządkowanie akademii medycznych umożliwia bowiem kształcenie kadr służby zdrowia na poziomie studiów akademickich zgodnie z potrzebami opieki zdrowotnej oraz prowadzenie badań naukowych w dziedzinie medycyny i farmacji. Bardzo ważną rolę spełnia również Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego oraz Centrum Doskonalenia Nauczycieli i Średnich Kadr Medycznych.

W niedawnej przeszłości kandydat na lekarza studiował 4—5 lat. W tym czasie zdobywał zasób wiedzy z kilkunastu podręczników i książek, które po otrzymaniu dyplomu stanowiły trzon jego podręcznej biblioteki. To, czego się potem nauczył z własnej obserwacji, dzięki kontaktom z ludźmi, w walce z chorobami przez lata praktyki, pomagało mu stawać się coraz lepszym lekarzem. Nie musiał odbywać dodatkowych studiów, aby uzupełnić swoją wiedzę. W najlepszym wypadku, dla uzupełnienia wiedzy, wystarczało przeglądać kilka czasopism, aby poznać najnowsze osiągnięcia wiedzy medycznej.

Dziś sprawa przedstawia się zupełnie inaczej. Medycyna przechodzi rewolucyjne zmiany w zakresie koncepcji choroby, przyczyn jej

powstawania, diagnostyki, profilaktyki i leczenia. Zwiększa się zasięg nowych środków farmakologicznych i technicznego wyposażenia. Zmianie ulega również rola i system pracy lekarza, którego założenia ustrojowe upatrują główny cel we wszechstronnym rozwoju człowieka i jego szerokim dobrostanie. Wyrażają się one posiadaniem umiejętności wykorzystywania w pracy zawodowej wiedzy nie tylko o wpływach zespołu czynników ekologicznych, lecz także znajomością związków pomiędzy warunkami społecznymi a zdrowiem populacji oraz społecznych form działań mających na celu ochronę zdrowia.

W warunkach socjalistycznej służby zdrowia doniosłe znaczenie ma również kształcenie i doskonalenie kadr w zakresie profilaktyki, co wynika ze współczesnej tendencji do zapobiegania chorobom.

Zadania te spełniają akademie medyczne, kształcąc nową, wykwalifikowaną kadrę pracowników służby zdrowia. Doszkalanie i doskonalenie kadry pracowników aktualnie zatrudnionych w społecznych zakładach służby zdrowia realizują — Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Centrum Doskonalenia Nauczycieli i Średnich Kadr Medycznych oraz instytuty naukowo-badawcze.

Do naukowego rozwiązywania najważniejszych problemów z zakresu ochrony zdrowia społeczeństwa powołane zostały instytuty naukowo-badawcze resortu. Obok zabezpieczenia bazy kadrowo-materialnej kształcenia i doskonalenia podyplomowego kadry medycznej z wyższym wykształceniem tworzą warunki do powiązania nauki z potrzebami opieki zdrowotnej i oparcia planowych zadań ochrony zdrowia na wynikach badań naukowych.

Bezpośrednie podporządkowanie instytutów naukowo-badawczych Ministerstwu Zdrowia i Opieki Społecznej pozwala również angażować do prac organizatorskich wybitnych, reprezentujących różne dziedziny medycyny fachowców, bez odrywania ich od warsztatów naukowo-badawczych czy fachowo-lekarskich.

Instytuty naukowe w ramach prac metodyczno-organizacyjnych, na zlecenie Ministerstwa, opracowują projekty wieloletnich i rocznych planów rozwiązania zagadnień problemowych służby zdrowia, stanowiących przedmiot badań naukowych instytutu, a w toku realizacji planów udzielają pomocy fachowej odpowiednim placówkom opieki zdrowotnej. Badają również prawidłowość wykonywania tych

planów i oceniają osiągnięte wyniki. Oparcie programu działania opieki zdrowotnej na wynikach badań naukowych oraz systematyczna ocena osiągniętych efektów pozwalają na prawidłowy rozwój działalności organizacyjnych organów administracji państwowej w zakresie ochrony zdrowia.

Terenowymi organami wykonawczymi administracji państwowej w sprawach zdrowia są wojewódzkie wydziały zdrowia i opieki społecznej. Realizują one zadania ustalone dla wojewody i są podporządkowane wojewódzkiej radzie narodowej. Merytoryczną pracę wydziałów regulują również wytyczne i zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej jako centralnego urzędu administracji państwowej.

Do zadań wojewódzkich wydziałów zdrowia i opieki społecznej należy m.in.:

a) analizowanie stanu zdrowotnego ludności i ustalanie potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej, pomocy społecznej oraz rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia inwalidów, a także prowadzenie działalności organizacyjno-zarządzającej, niezbędnej do zaspokojenia potrzeb ludności w tym zakresie;

b) nadzorowanie, koordynowanie i prowadzenie spraw ekonomiczno-finansowych, ze szczególnym uwzględnieniem analizy efektów ekonomicznych działalności jednostek organizacyjnych resortu, spraw inwestycyjnych, gospodarczych oraz statystyki w zakresie niezbędnym dla wykonania zadań podstawowych;

c) zgłaszanie innym organom administracji państwowej wniosków i postulatów dotyczących ochrony zdrowia ludności, w sprawach nie objętych zadaniami służby zdrowia i opieki społecznej;

d) podejmowanie środków w celu pogłębienia praworządności, a także w celu kształtowania właściwych stosunków między jednostkami organizacyjnymi resortu a obywatelem;

e) opracowanie wniosków dla Urzędu Wojewody, Prezydenta, Naczelnika i właściwej rady narodowej dotyczących koordynacji działalności w zakresie ochrony zdrowia i pomocy społecznej, prowadzonej przez jednostki organizacyjne nie podporządkowane wydziałowi;

f) współdziałanie ze stałymi komisjami rad narodowych, a szczególnie opracowywanie oraz przedstawianie tym komisjom spraw, których rozwiązanie wymaga udziału czynnika społecznego;

g) współdziałanie z innymi organami administracji państwowej, związkami zawodowymi i organizacjami społecznymi w sprawach dotyczących ochrony zdrowia ludności oraz pomocy społecznej i zatrudnienia inwalidów.

OPTYMALIZACJA FUNKCJI ORAZ STRUKTUR ORGANIZACYJNYCH POLSKIEJ SŁUŻBY ZDROWIA

Proces doskonalenia systemu ochrony zdrowia obejmuje również sferę działalności praktycznej. Podjęty w początkach lat siedemdziesiątych proces doskonalenia struktur organizacyjnych zakładów opieki zdrowotnej i społecznej stworzył szczególnie korzystne warunki do dalszego wzmocnienia roli podstawowej opieki zdrowotnej w mieście i na wsi, a tym samym do dalszego doskonalenia całokształtu funkcji opieki zdrowotnej i społecznej.

Istotnym krokiem usprawniającym struktury organizacyjne oraz funkcje opieki zdrowotnej i społecznej w Polsce było wprowadzenie od czerwca 1975 roku dwustopniowego podziału administracyjnego państwa. Zgodnie z założeniami tego podziału w istotnym stopniu wzrosła rola gminy i miasta, jako podstawowego ogniwa administracyjnego, a równocześnie realizatora zadań ogólnokrajowych i lokalnych. W praktyce oznaczało to skrócenie drogi podejmowania decyzji dotyczących indywidualnych spraw każdego obywatela. Dwustopniowy podział administracyjny pozwalał służbie zdrowia skrócić drogi podejmowania decyzji w zarządzaniu służbą zdrowia i opieką społeczną, co przyczyniło się niewątpliwie do bardziej optymalnego wykorzystania zasobów ludzkich i materialnych służby zdrowia, a w efekcie do dalszego zwiększenia dostępności i zakresu świadczeń dla ludności oraz systematycznego podnoszenia ich jakości.

Do końca 1975 roku nastąpiło pełne dostosowanie struktury organizacji placówek służby zdrowia i opieki społecznej do nowego dwustopniowego podziału administracyjnego państwa. Było to dość trudne zadanie dla organizatorów ochrony zdrowia wszystkich szczebli, gdyż byli oni zobowiązani do takiego zorganizowania pracy, aby przeciętny obywatel nie odczuł — w trakcie wprowadzania zmian organizacyjnych — żadnego zakłócenia w zakresie i poziomie udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Dotyczyło to zarówno działalności podstawowej, jak i świadczeń specjalistycznych, a szczególnie hospitalizacji chorych w szpitalach ogólnych i specjalistycznych oraz umieszczania w domach pomocy społecznej i domach małego dziecka.

Jednym z warunków dalszego rozwoju świadczeń zdrowotnych była rozbudowa bazy materialnej służby zdrowia, a przede wszystkim szpitali, domów pomocy społecznej i średnich szkół medycznych.

W nowym układzie administracyjnym państwa głównym ogniwem opieki lekarskiej stał się lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. Zapewniało to ciągłość opieki każdemu obywatelowi, pozwalało na uzyskanie pełnego obrazu jego stanu zdrowia i warunków środowiska, w którym żyje i pracuje, zapewniało poprawę dostępności profilaktycznej, leczniczej i rehabilitacyjnej opieki każdemu według jego potrzeb. Oznaczało to tym samym, że funkcje ośrodków zdrowia na wsi i przychodni rejonowych w miastach, jako placówek podstawowej opieki zdrowotnej, nie ulegają zasadniczej zmianie.

W stosunku do sytuacji sprzed roku 1975 nastąpiło jedynie rozszerzenie zakresu pracy ośrodka zdrowia o zagadnienia opieki społecznej. Sprawy te powierzone zostały pracownikowi socjalnemu gminnego ośrodka zdrowia, który powinien współdziałać w tym zakresie z terenowymi opiekunami społecznymi oraz z działem służb społecznych zespołu opieki zdrowotnej.

Nie uległy zmianie zasady finansowania ośrodków zdrowia. Podobnie jak obecnie, ośrodki zdrowia pozostały terenowymi placówkami zespołów opieki zdrowotnej, będących jednostkami organizacyjnymi służby zdrowia, kierowanymi przez działające z upoważnienia wojewodów — wojewódzkie wydziały zdrowia i opieki społecznej.

Ważnym zadaniem stojącym przed urzędami wojewódzkimi, a szczególnie przed lekarzami wojewódzkimi, kierującymi wydziałami zdrowia i opieki społecznej, oraz dyrektorami zespołów opieki zdrowotnej, było sukcesywne uzupełnianie sieci gminnych ośrodków zdrowia oraz troska o zapewnienie pełnego zakresu świadczeń, w zależności od posiadanej bazy i kadry medycznej.

Na terenie miasta podstawową opiekę zdrowotną (ambulatoryjną i domową) i społeczną zapewnia przychodnia rejonowa, stanowiąca integralną część zespołu opieki zdrowotnej. Powyższe rozwiązanie

dotyczy również przypadku, gdy jest wspólny urząd dla miasta i sąsiadującej gminy.

Specjalistyczną opiekę zdrowotną ambulatoryjną i szpitalną wraz z pomocą doraźną zapewniają mieszkańcom gmin i miast wyspecjalizowane komórki organizacyjne zespołu opieki zdrowotnej (szpital i poradnie specjalistyczne).

W ten sposób na terenie całego kraju została stworzona jednolita sieć zespołów opieki zdrowotnej, które sprawują kompleksową opiekę zdrowotną i społeczną na obszarze obwodu zapobiegawczo-leczniczego, który stanowi obszar zamieszkały przez 30 000 do 150 000 mieszkańców, obejmujący jedno lub więcej miast i sąsiednie gminy. Miasta liczące ponad 150 000 mieszkańców mogą stanowić jeden lub więcej obszarów zapobiegawczo-leczniczych, a tym samym można w nich tworzyć więcej niż jeden zespół opieki zdrowotnej.

Każdy zespół opieki zdrowotnej, stanowiąc samodzielną jednostkę organizacyjną i budżetową, finansowany jest bezpośrednio z budżetu urzędu wojewódzkiego i podległy jest wojewodzie poprzez wydział zdrowia i opieki społecznej urzędu wojewódzkiego.

Na terenach silnie uprzemysłowionych działają przemysłowe (górnicze, portowe) zespoły opieki zdrowotnej, a także tam, gdzie jest to potrzebne, zespoły dla szkół wyższych, podległe również wojewodom i wydziałom zdrowia i opieki społecznej urzędów wojewódzkich.

W porównaniu z sytuacją sprzed roku 1975 zwiększono zadania zespołów opieki zdrowotnej, dotyczące środowiskowej pomocy społecznej, opiekuńczo-wychowawczej i rehabilitacji zawodowej, dodając do nich m.in. prowadzenie żłobków, domów małych dzieci, domów rencisty i dziennych domów pomocy społecznej. Zadania te należą do zakresu działania nowo utworzonego w zespołach Działu Służb Społecznych.

Należy przy tym podkreślić, że obowiązujące dotychczas zasady kierowania do domów pomocy społecznej i domów małych dzieci oraz zasięg terytorialnego działania tych placówek pozostały nie zmienione. W celu zapewnienia sprawnej obsługi ludności przewidziano, że dyrektor zespołu opieki zdrowotnej otrzymać może upoważnienie do załatwiania w imieniu organu administracji państwowej spraw z zakresu administracji państwowej, w tym również do

wydawania decyzji administracyjnych dotyczących spraw związanych bezpośrednio z obsługą ludności zamieszkałej na obszarze działania Zespołu Opieki Zdrowotnej.

Na szczeblu województw wprowadzenie dwustopniowego podziału administracyjnego państwa nie pociągnęło za sobą w zasadzie potrzeby zmian w istniejącej organizacji służby zdrowia i opieki społecznej.

Jedynie z powodu braków w zakresie bazy materialnej i kadr na obszarach niektórych województw postanowiono, że nieliczne z dotychczasowych placówek wojewódzkich obejmą zakresem swych świadczeń obszar kilku województw. Taka sytuacja istniała zresztą w poprzedniej strukturze organizacyjnej służby zdrowia. W licznych bowiem, wąskich specjalnościach nie ma potrzeby istnienia więcej niż jednej lub 2—3 placówek w skali całego kraju. Placówki takie, bez względu na źródło budżetowania, świadczą swe usługi dla ludności całego kraju.

Dla pełnego zrozumienia zadań stojących przed placówkami wojewódzkimi warto przypomnieć zasady obowiązujące generalnie.

Otóż na opiekę zdrowotną i społeczną w województwie składają się:

a) opieka zdrowotna i społeczna sprawowana przez zespoły opieki zdrowotnej, ZOZ-y ogólne (kilka do kilkunastu w każdym województwie, przemysłowe zespoły opieki zdrowotnej i zespoły opieki zdrowotnej dla szkół wyższych);

b) konsultacyjna i specjalistyczna opieka zdrowotna wykonywana dla ludności całego województwa przez wojewódzki szpital zespolony, w skład którego wchodzi szpital, przychodnie specjalistyczne i oddział pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe);

c) wąskospecjalistyczna opieka zdrowotna wykonywana przez specjalistyczny zespół opieki zdrowotnej, w skład którego wchodzi jednoimienny szpital i przychodnia (np. onkologiczny, chorób płuc i gruźlicy, psychiatryczny), a także przemysłowy, specjalistyczny zespół opieki zdrowotnej, zorganizowany w dużej przychodni przyzakładowej lub międzyzakładowej;

d) opieka zdrowotna sprawowana przez inne niż wyżej wymienione zakłady służby zdrowia, znajdujące się na terenie danego województwa i poza nim;

e) stacjonarna opieka społeczna wykonywana przez specjalne domy pomocy społecznej, znajdujące się na terenie danego województwa i poza nim.

Przyjęto zasadę organizowania we wszystkich województwach wojewódzkich szpitali zespolonych, z tym że zakres i poziom ich świadczeń mógł być znacznie zróżnicowany, co związane jest z ich różną wielkością i obsadą osobową. Jeśli w mieście wojewódzkim był tylko jeden szpital, przekształcono go w wojewódzki szpital zespolony z tym, że oprócz pełnienia funkcji wojewódzkich udziela on również świadczeń podstawowych dla ludności miasta wojewódzkiego i ewentualnie sąsiednich gmin. Nie było natomiast potrzeby, aby we wszystkich województwach tworzyć szpitale jednoimienne w poszczególnych dyscyplinach medycznych lub wojewódzkie zespoły specjalistyczne. W związku z tym utrzymano istniejący obecnie stan i zachowano dotychczasową rejonizację. Dla zapewnienia ludności całego kraju świadczeń specjalistycznych konieczne było, aby niektóre wojewódzkie szpitale zespolone (powstałe na bazie istniejących przed wprowadzeniem reformy szpitali wojewódzkich) szpitale jednoimienne i wojewódzkie zespoły specjalistyczne objęły swoją działalnością teren więcej niż jednego województwa, a więc przyjęły one charakter i zasięg międzywojewódzki ze wszystkimi wynikającymi stąd konsekwencjami. W związku z powyższym obowiązuje nadal rejonizacja działania obecnych szpitali wojewódzkich i innych szpitali.

Niezależnie od zakresu swej działalności wszystkie wojewódzkie szpitale zespolone, szpitale jednoimienne i specjalistyczne zespoły opieki zdrowotnej finansowane są z budżetu urzędu wojewódzkiego i podległe wojewodom oraz wydziałom zdrowia i opieki społecznej urzędów wojewódzkich.

Poza wyżej wymienionymi jednostkami na terenie województwa działają także: domy pomocy społecznej, zakłady leczenia odwykowego, zakłady rehabilitacji zawodowej, średnie szkoły medyczne, kolumna transportu sanitarnego, stacje krwiodawstwa.

Kierownictwo nad ochroną zdrowia i opieką społeczną w województwie z upoważnienia wojewody sprawuje lekarz wojewódzki stojący na czele wydziału zdrowia i opieki społecznej. Nie organizuje się wydziałów zdrowia i opieki społecznej w innych niż wojewódzkie organach administracji państwowej.

Dążąc do doskonalenia systemu organizacyjnego służby zdrowia Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej rozporządzeniem z dnia 19 maja 1982 r. w sprawie organizacji i zadań zespołu opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 15, poz. 121 z 1 czerwca 1982 r.) rozszerzyło wykaz zakładów sprawujących opiekę zdrowotną i społeczną. Do zakładów tych obecnie zalicza się:

a) zespoły opieki zdrowotnej dla ogółu ludności, przemysłowe zespoły opieki zdrowotnej oraz zespoły opieki zdrowotnej dla szkół wyższych,

b) wojewódzkie szpitale zespolone,

c) szpitale wojewódzkie,

d) specjalistyczne zespoły opieki zdrowotnej,

e) zespoły wojewódzkich przychodni specjalistycznych,

f) wojewódzkie stacje pogotowia ratunkowego,

g) szpitale, sanatoria,

h) szpitale kliniczne oraz inne jednostki akademii medycznych i instytutów naukowo-badawczych.

W sprawowaniu opieki zdrowotnej uczestniczą również wojewódzkie zespoły metodyczne opieki zdrowotnej i społecznej, których zadaniem jest:

a) analizowanie stanu zdrowia, potrzeb zdrowotnych i potrzeb z zakresu pomocy społecznej ludności oraz stopnia ich zaspokajania,

b) programowanie opieki zdrowotnej i opieki społecznej w województwie oraz sprawowanie kontroli nad organizacją i funkcjonowaniem zakładów służby zdrowia i pomocy społecznej,

c) organizowanie i prowadzenie doskonalenia kadr medycznych oraz działalności w zakresie pomocy społecznej.

Nie ulega wątpliwości, że o sprawności działania służby zdrowia na terenie województwa decyduje w stopniu zasadniczym posiadanie kadr zarówno lekarskich, jak i średniego personelu medycznego. Stąd też wojewódzkie wydziały zdrowia i opieki społecznej podjęły starania, aby w tych miastach wojewódzkich, w których nie było odpowiednich szkół, stworzyć średnie szkoły medyczne kształcące pielęgniarki, położne, techników medycznych itp.

Z chwilą wprowadzenia organizacji ochrony zdrowia dostosowanej do dwustopniowego podziału administracyjnego kraju pozostały bez zmian funkcje akademii medycznych i ich szpitali klinicznych,

a także funkcje instytutów naukowo-badawczych resortu zdrowia i opieki społecznej.

Natomiast dostosowanie organizacji Państwowej Inspekcji Sanitarnej do dwustopniowego podziału administracyjnego państwa polegało na wprowadzeniu wielu zmian.

W każdym województwie Minister Zdrowia i Opieki Społecznej powołał w porozumieniu z wojewodą Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego, który jest także dyrektorem wojewódzkiej stacji sanitarno-epidemiologicznej. Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w swych decyzjach i działalności merytorycznej podlega Państwowemu Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu. Natomiast wojewódzka stacja sanitarno-epidemiologiczna podlega wojewodzie poprzez lekarza wojewódzkiego. W nowo utworzonych województwach — wojewódzkie stacje powstały w wyniku przekształcenia istniejących dotychczas w miastach wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych. Niektóre z nowo powołanych stacji wojewódzkich w dalszym ciągu korzystają z pomocy kadrowej i aparatury stacji dysponujących większym potencjałem. Pozostałe stacje sanitarno-epidemiologiczne szczebla dawnego powiatu przekształcone zostały w terenowe stacje sanitarno-epidemiologiczne. Portowe stacje sanitarno-epidemiologiczne utrzymały swą dotychczasową nazwę. Stacje terenowe i portowe stanowią oddziały terenowe wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych.

Dyrektor terenowej stacji sanitarno-epidemiologicznej oraz dyrektor portowej stacji sanitarno-epidemiologicznej pełnią odpowiednio funkcje państwowego terenowego inspektora sanitarnego lub państwowego portowego inspektora sanitarnego.

Wszystkich państwowych terenowych inspektorów sanitarnych powołuje Minister Zdrowia i Opieki Społecznej po uzgodnieniu z wojewodą.

Dwustopniowy podział administracyjny państwa spowodował konieczność wprowadzenia pewnych zmian w organizacji zaplecza służby zdrowia. Tak np. zaopatrzenie ludności w leki jest wykonywane, tak jak dotychczas, przez apteki i punkty apteczne. Natomiast dotychczasowe wojewódzkie zarządy aptek zostały przekształcone w przedsiębiorstwa zaopatrzenia farmaceutycznego, zgrupowane w nowo powołanym Zjednoczeniu Przedsiębiorstwa Zaopatrzenia Farmaceutycznego „CEFARM". Podlega ono Ministrowi Zdrowia

i Opieki Społecznej. Powołane zjednoczenie jest organizacją gospodarczą, działającą na własnym rozrachunku.

Całokształt spraw zaopatrzenia w sprzęt medyczny załatwia Zjednoczenie Przedsiębiorstw Zaopatrzenia Lecznictwa „CEZAL", również podlegające Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej. Przedmiotem działania zjednoczenia jest organizacja i realizacja zaopatrzenia jednostek resortu zdrowia i opieki społecznej oraz innych odbiorców w środki trwałego użytkowania, sprzęt i aparaturę medyczną, sprzęt i aparaturę techniczno-gospodarczą (np. pralniczą, gastronomiczną), sprzęt i aparaturę kontrolno-pomiarową oraz naukowo-badawczą i dydaktyczną, jak i artykuły zaopatrzenia materiałowo-technicznego (m.in. bielizna, odzież, druki, opakowania).

Sprawy transportu sanitarnego, podobnie jak dotychczas, pozostają w rękach Wojewódzkich Kolumn Transportu Sanitarnego (WKTS); WKTS działa w każdym województwie.

W nowo powołanych województwach kolumna transportu sanitarnego powstała z przekształcenia Powiatowej lub Rejonowej Kolumny Transportu Sanitarnego, tej która ma lepsze warunki organizacyjne i techniczne. Pozostałe powiatowe kolumny transportu sanitarnego w nowo powołanych województwach stały się kolumnami rejonowymi.

Dwanaście Wojewódzkich Kolumn Transportu Sanitarnego działających obecnie, a mianowicie we Wrocławiu, Poznaniu, Koszalinie, Opolu, Olsztynie, Białymstoku, Lublinie, Katowicach, Kielcach, Warszawie, Łodzi i Zielonej Górze spełnia jednocześnie rolę wyspecjalizowanych baz naprawczych branżowego taboru samochodowego służby zdrowia dla całego kraju, specjalizując się w naprawach i remontach.

Transport lotniczy pozostał na dotychczasowych zasadach, prowadząc działalność usługową w skali międzywojewódzkiej i ogólnokrajowej.

Szybkie i sprawne dostosowanie organizacji służby zdrowia i opieki społecznej do dwustopniowego podziału administracyjnego państwa wymagało ujednolicenia organizacji wydziałów zdrowia i opieki społecznej urzędów wojewódzkich. W tym zakresie wprowadzono następujące zasady organizacyjne:

a. Lekarz wojewódzki, z upoważnienia wojewody, kieruje ochroną zdrowia i opieką społeczną w województwie. Podlega mu wydział

zdrowia i opieki społecznej. Lekarz wojewódzki jest odpowiedzialny za stan zdrowia ludności na terenie województwa, za organizację i działalność podległych i nadzorowanych służb oraz zakładów służby zdrowia i opieki społecznej, za właściwy rozwój średniego szkolnictwa medycznego oraz za stałe dokształcanie kadr medycznych. Jest również odpowiedzialny za realizację polityki zdrowotnej określanej przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej.

b. Lekarz wojewódzki kieruje pracami podległego mu wydziału zdrowia i opieki społecznej przy pomocy zastępców:

— do spraw opieki zdrowotnej i rehabilitacji;
— do spraw świadczeń społecznych;
— do spraw ekonomicznych i inwestycji.

Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej powinien mieć następującą, ramową strukturę:

— Oddział Opieki Zdrowotnej i Rehabilitacji;
— Oddział Pomocy Społecznej;
— Oddział Ekonomiki, Planowania i Budżetu;
— Oddział Inwestycji, Kapitalnych Remontów i Zaopatrzenia;
— Oddział Kadr, Szkolnictwa Średniego, Dokształcania Zawodowego i Spraw Socjalnych;
— Stanowisko Pracy ds. Obronności;

ponadto w większości województw:

— Oddział Organizacyjny.

Zadania nadzoru farmaceutycznego wykonuje Oddział Opieki Zdrowotnej i Rehabilitacji. Zadania z zakresu średniego szkolnictwa medycznego — Oddział Kadr, Szkolnictwa Średniego, Dokształcania Zawodowego i Spraw Socjalnych. Szczególnie w nowo utworzonych województwach, w większości ubogich w średnią kadrę medyczną, zorganizowanie i stałe rozwijanie średniego szkolnictwa medycznego należy do jednych z podstawowych kierunków działania wydziałów zdrowia i opieki społecznej urzędów wojewódzkich.

Z tego skrótowo przedstawionego przeglądu zmian w sytuacji i warunkach zdrowotnych społeczeństwa, jakie nastąpiły w Polsce w okresie ostatnich trzydziestu kilku lat, wynika, że na ochronę zdrowia patrzymy kompleksowo, jako na działalność całej gospodarki narodowej, w której obok pełnego pokrycia potrzeb leczniczych i profilaktycznych zasadniczą rolę musi odgrywać prawidłowe kształtowanie warunków zdrowotnych.

NADZÓR SPECJALISTYCZNY

Jedną z podstawowych zasad, na których opiera się system ochrony zdrowia w Polsce Ludowej, jest dążenie do zapewnienia wysokiego poziomu świadczonych usług. Zasada ta jest realizowana dzięki kontrolowaniu i stałemu podnoszeniu poziomu fachowego pracowników służby zdrowia. Nadzór specjalistyczny został zorganizowany już w r. 1947, a obecna jego forma organizacyjna datuje się od r. 1982.*

Podstawowym zadaniem nadzoru specjalistycznego jest wdrażanie osiągnięć nauk medycznych do codziennej praktyki służby zdrowia poprzez nadzór nad specjalizacją i aktualizacją wiedzy medycznej fachowych kadr służby zdrowia, nadzór nad poziomem diagnostyki, leczenia i orzekania, udzielanie fachowych konsultacji, a także analiza danych sprawozdawczych pod kątem oceny potrzeb zdrowotnych ludności i ich zabezpieczenia.

Nadzór specjalistyczny jest sprawowany przez zespoły specjalistów krajowych i wojewódzkich. Krajowy Zespół Specjalistyczny jest doradcą ministra zdrowia w danej dyscyplinie medycznej. W skład jego powoływani są w zasadzie samodzielni pracownicy nauki, wybitni specjaliści w danej dziedzinie medycyny oraz przewodniczący Towarzystw Lekarskich.

Zadania instytutu naukowo-badawczego sprawującego funkcje krajowego nadzoru specjalistycznego polegają na:

a) opracowywaniu sposobów wdrażania osiągnięć naukowych do praktycznej działalności służby zdrowia;

b) opracowywaniu projektów aktów prawnych zmierzających do podniesienia poziomu fachowego i organizacyjnego instytucji służby zdrowia;

c) kontrolowaniu i udzielaniu konsultacji w zakładach służby zdrowia na terenie całego kraju;

d) koordynowaniu, kontrolowaniu i ocenie pracy specjalistów wojewódzkich w danej dziedzinie medycyny;

e) analizie stanu zdrowia ludności, potrzeb zdrowotnych ludności oraz zapotrzebowania na opiekę zdrowotną w danej dziedzinie medycyny;

* Instrukcja nr 7/82 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 IX 1982 r. w sprawie nadzoru specjalistycznego (Dz.Urz. MZiOS Nr 11 z dnia 17 XI 1982 r., poz. 57).

f) opracowywaniu postępowania w zakresie oświaty zdrowotnej w danej dziedzinie medycyny;

g) przekazywaniu sprawozdań i informacji do Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej oraz właściwych wydziałów zdrowia stopnia wojewódzkiego.

Specjaliści wojewódzcy są powoływani przez lekarza wojewódzkiego, po zasięgnięciu opinii i wyrażeniu zgody Krajowego Zespołu Specjalistycznego. Nadzór wojewódzki powierzany jest w zasadzie oddziałom szpitali wojewódzkich lub przychodniom szczebla wojewódzkiego.

Zadania nadzoru wojewódzkiego można scharakteryzować następująco:

a) analizowanie stanu zdrowotnego, potrzeb zdrowotnych oraz zapotrzebowania na opiekę zdrowotną w danej dziedzinie medycyny;

b) analizowanie pracy zespołów opieki zdrowotnej w danej dziedzinie;

c) zapoznanie lekarzy z najnowszymi osiągnięciami profilaktyki i lecznictwa oraz udzielanie im konsultacji;

d) opracowywanie wniosków dotyczących planów rocznych i perspektywicznych rozwoju danej dziedziny medycyny;

e) inicjowanie i sprawowanie opieki nad doszkalaniem i specjalizacją personelu fachowego.

Za nadzór fachowy na szczeblu ZOZ-u odpowiadają ordynatorzy oddziałów w szpitalu danego ZOZ-u. Sprawują oni nadzór fachowy nad podległym personelem, zapewniają prawidłowe doszkalanie i specjalizację kadr lekarskich, udzielają konsultacji, kontrolują fachowość pracy podległych przychodni, poradni i ośrodków zdrowia. Ordynatorzy oddziałów są także zobowiązani do systematycznej analizy stanu zdrowia ludności w reprezentowanej dziedzinie oraz aktualnych potrzeb w zakresie świadczeń profilaktycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

Obecnie nadzór specjalistyczny na szczeblu krajowym realizowany jest w 33 dyscyplinach medycznych, natomiast na poziomie wojewódzkim w 21 dziedzinach.

Nadzór został zorganizowany w celu wykorzystania współczesnej wiedzy fachowej, wynikającej z postępu nauk medycznych, przede wszystkim do stałego podnoszenia kwalifikacji fachowych i poziomu wiedzy personelu służby zdrowia, a tym samym zapewnienia społeczeństwu skutecznych, na jak najwyższym poziomie medycznym świadczeń, oraz do prawidłowego (nowoczesnego) rozwiązywania organizacyjnych problemów ochrony zdrowia.

W działalności nadzoru wyróżniamy teoretycznie jak gdyby dwa rodzaje prac, ściśle zresztą wzajemnie powiązane: działalność medyczną, fachowo-lekarską, która z racji wykonywanego zawodu jest wszystkim specjalistom bliska i której dajemy priorytet w zadaniach, oraz działalność metodyczno-organizacyjną. Ten drugi rodzaj prac znalazł odzwierciedlenie zwłaszcza w działalności nadzoru krajowego i wojewódzkiego. Dotyczy on całego wachlarza zagadnień, jak:

— sytuacji epidemiologicznej, stanu zdrowotnego i potrzeb w tym zakresie;

— metod postępowania medycznego w procesie zapobiegania, rozpoznawania, rehabilitacji i orzekania;

— poziomu wiedzy zawodowej i kwalifikacji pracowników fachowych, ze szczególnym uwzględnieniem kadry kierowniczej i jej przygotowania do wykonywania zadań;

— skuteczności i poziomu działania poszczególnych działów opieki zdrowotnej;

— stanu organizacyjnego, potencjału kadrowego i materialnego, potrzeb w tym zakresie i możliwości realizacji, jak również sprawności działania zakładów itp.

Rozeznanie to można uzyskać różnymi drogami, jak np. poprzez analizę danych epidemiologicznych, demograficznych, sprawozdawczo-statystycznych z działalności zakładów, jak również poprzez własne lub inicjowane badania epidemiologiczne.

Analiza epidemiologiczna pozwala określić nasilenie chorobowości, zapadalności i śmiertelności na poszczególne schorzenia, a więc ustalić stan zdrowotny ludności danego terenu, a tym samym jego potrzeby zdrowotne. Przeprowadzenie analizy przyczyn powodujących określoną sytuację epidemiologiczną pozwala określić sposoby poprawy stanu zdrowotnego, ustalić metody postępowania zapobiegawczego itp.

Poza tymi źródłami informacji bardzo duże znaczenie w procesie rozpoznawczym ma rozeznanie uzyskane w trakcie dokonywanych wizytacji (kontroli) zakładów służby zdrowia. W niektórych zagadnieniach jest ono jedynym źródłem informacji.

Na podstawie uzyskanego rozeznania oraz dokonanych ocen i analiz specjaliści, wykorzystując własną wiedzę, doświadczenie oraz postęp medyczny, opracowują plany i program działania, względnie wytyczne, zalecenia itp. dotyczące takich spraw, jak np.:

a) podnoszenia kwalifikacji personelu (doszkalanie, specjalizacja, posiedzenia naukowe, odczyty itp.);

b) poprawy świadczeń medycznych w określonych schorzeniach, grupach chorób o szczególnym znaczeniu dla danego terenu;

c) postępowania medycznego w zakresie, w którym występuje potrzeba pogłębienia wiadomości fachowych pracowników;

d) usprawnienia organizacji i systemów zapewniających różne rodzaje świadczeń (poprawa obsady, zaopatrzenia w leki, aparaturę, rozwój sieci placówek itp.);

e) doskonalenia funkcji i organizacji pracy jednostek służby zdrowia, a zwłaszcza zakładów lecznictwa zespolonego.

Bardzo istotnym zadaniem nadzoru jest organizowanie, prowadzenie i nadzorowanie szkolenia i dokształcania personelu służby zdrowia. W nadzorze nadano temu zagadnieniu priorytetowe znaczenie, gdyż od poziomu wiedzy fachowej uzależniona jest skuteczność świadczeń, a zatem skuteczność działania warunkującego zdrowotność społeczeństwa.

Poza ogólnie znanymi formami dokształcania, prowadzonymi lub organizowanymi przez instytucje utworzone wyłącznie w tym celu, istnieje wiele różnych, często niedocenianych form podnoszenia kwalifikacji. Wymienić tu można narady szkoleniowe organizowane przez ordynatorów dla personelu odpowiedniego pionu (działu) lub o tematyce ogólnomedycznej dla szerszego grona słuchaczy, posiedzenia terenowych ogniw towarzystw naukowych, odprawy szkoleniowe, okresowe rotacje lekarzy w ramach ZOZ-u. Podnoszeniu poziomu wiedzy służy każdy obchód ordynatora na oddziale, jego konsultacje u lekarza opieki ambulatoryjnej, jak również każda wizytacja specjalisty (krajowego, wojewódzkiego) w terenie.

Duże znaczenie w procesie doskonalenia ma działalność wydawnicza, prowadzona m.in. przez instytuty naukowe, które z racji wykonywanego nadzoru i posiadanego rozeznania niedociągnięć fachowych mogą odpowiednio ukierunkować tematykę publikacji.

Osiągnięcie zamierzonych efektów zależy od współpracy i ścisłego współdziałania poszczególnych ogniw nadzoru, tak na poziomie

kraju, regionu, województwa, jak też w odpowiednich pionach specjalistycznych, z towarzystwami naukowymi (ich terenowymi oddziałami), zakładami kształcenia kadr fachowych oraz administracją służby zdrowia.

Określona przepisami organizacja nadzoru stwarza warunki do rozwijania współpracy, która jest szczególnie ważna w prowadzeniu badań rozpoznawczych, podnoszeniu kwalifikacji zawodowych, ustalaniu programów i kierunków działania.

W realizacji zadań podnoszenia kwalifikacji fachowych personelu służby zdrowia nadzór specjalistyczny ściśle współpracuje z zakładami zajmującymi się organizowaniem i prowadzeniem szkolenia, a zwłaszcza z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego, Centrum Doskonalenia Nauczycieli i Średnich Kadr Medycznych oraz z wojewódzkimi ośrodkami kształcenia kadr medycznych.

Coraz szerzej jest rozwijana współpraca z akademiami medycznymi, które w przyszłości powinny decydować o rozwiązywaniu zagadnień zdrowotnych regionu.

W stosunku do administracji służby zdrowia nadzór specjalistyczny spełnia rolę aparatu doradczego i opiniodawczego oraz kontroli fachowej. Jest on instrumentem kierowania, z ramienia odnośnych władz służby zdrowia, fachową działalnością zakładów.

Dlatego też w zagadnieniach medycznych, dotyczących postępowania lekarskiego, stosowanych metod, poziomu świadczeń, podnoszenia kwalifikacji personelu, nadzór specjalistyczny ma autonomię, która jednocześnie czyni go odpowiedzialnym za prawidłowy rozwój i poziom dyscypliny.

Z pomocy nadzoru korzysta administracja służby zdrowia przy rozwiązywaniu wielu organizacyjnych problemów. Nadzór opiniuje opracowane przez organizatorów służby zdrowia przepisy, wytyczne dotyczące np. ustaleń normatywnych, inwestycyjnych, kadrowych, zaopatrzenia w aparaturę, sprzęt i leki, wprowadzenia w życie nowych czy udoskonalenia dawnych form organizacyjnych. Poza tym opiniuje pod względem fachowym skargi, wnioski itp.

Poza rolą doradczą i opiniodawczą nadzór spełnia rolę inspiratora poczynań organizacyjnych, które wynikają czy to z rozeznania niedociągnięć, czy też z postępu nauki.

Uzyskiwane od nadzoru specjalistycznego wnioski, postulaty i proponowane metody działania administracja służby zdrowia uwzględ-

nia w zależności od możliwości i warunków zwłaszcza ekonomicznych i przekazuje je drogą aktów prawnych, wytycznych czy zaleceń do realizacji.

2. KADRY SPOŁECZNEJ SŁUŻBY ZDROWIA

Analizę sytuacji w zakresie personelu fachowego służby zdrowia w Polsce rozpoczniemy od przedstawienia strat, jakie spowodowała okupacja hitlerowska. Ogólna liczba lekarzy, która w 1938 roku wynosiła 12 917 osób (3,7 na 10 000 ludności), zmniejszyła się w okresie okupacji prawie o połowę i wynosiła w 1946 roku 7732 (3,2 na 10 000 ludności). Podobnie dotkliwe straty notowano w zakresie innych zawodów medycznych. W 1946 roku liczba lekarzy dentystów wynosiła 1581 (0,7 na 10 000 ludności), farmaceutów 2414 (1,0 na 10 000 ludności), a pielęgniarek 6064 (2,5 na 10 000 ludności). Trudną sytuację w zakresie fachowych kadr służby zdrowia w okresie powojennym odzwierciedla liczba ludności przypadająca na 1 osobę personelu: 3092 na 1 lekarza, 15 124 na 1 lekarza dentystę, 9905 na 1 farmaceutę oraz 3949 na 1 pielęgniarkę.

W ciągu minionego 36-lecia liczba zarejestrowanych fachowych pracowników służby zdrowia zwiększała się systematycznie. Liczba lekarzy wynosiła w 1980 roku 67 560 (18,9 na 10 000 ludności), co odpowiada zmniejszeniu liczby ludności przypadającej na 1 lekarza do 530 osób. Liczba lekarzy dentystów wzrosła w 1980 roku do 17 900 (5,1 na 10 000 ludności), a liczba farmaceutów do 16 700 (4,7 na 10 000 ludności). Bardzo poważnie zwiększyła się także w okresie powojennym liczba pielęgniarek (łącznie z asystentkami pielęgniarskimi), osiągając w 1980 roku poziom 172 000 (48,4 na 10 000 ludności).

Tabele 23, 24 i ryc. 9 przedstawiają dynamikę rozwoju kadr służby zdrowia w naszym kraju w okresie minionych 36 lat. Stwierdza się wyraźny wzrost liczbowy personelu służby zdrowia wszystkich podstawowych specjalności. Wzrost ten występuje jeszcze wyraźniej, gdy zestawimy go ze stanem przedwojennym, co wyrażają dane za rok 1938.

W prawidłowym funkcjonowaniu instytucji służby zdrowia dużą rolę odgrywają liczne zawody wymagające średniego wykształcenia medycznego. Dynamiczny wzrost zatrudniania tych osób przed-

Tabela 23

Personel fachowy służby zdrowia w Polsce w latach 1938—1980 (osoby zarejestrowane)

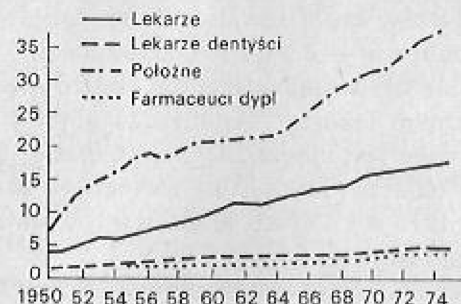
Lata	Lekarze	Lekarze dentyści	Farmaceuci	Felczerzy	Pielęgniarki	Położne	Na 10 000 ludności		
							lekarze	lekarze dentyści	pielęgniarki
1938	12 917	3 686	3 787	1 403	6 674	9 356	3,7	1,1	1,9
1946	7 732	1 581	2 414	644	5 840	6 311	3,2	0,7	2,7
1950	9 200	2 370	3 817	633	18 361	6 920	3,7	0,9	7,3
1960	28 708	9 316	7 924	6 650	61 907	9 199	9,6	3,1	20,7
1970	49 283	13 611	12 298	4 840	102 838	12 171	15,1	4,2	31,5
1980	67 700	17 900	16 700	4 100	171 800	17 900	18,9	5,1	48,4

Tabela 24

Personel służby zdrowia ze średnim wykształceniem medycznym w latach 1960—1978

Lp.	Wyszczególnienie	1960 n	1960 %	1970 n	1970 %	1978 n	1978 %
1	Pielęgniarki (łącznie z asystentkami)	61 907	72,4	102 838	68,4	153 537	67,8
2	Położne	9 199	10,8	12 171	8,1	15 839	4,4
3	Technicy dentystyczni (łącznie z uprawnionymi technikami dentystycznymi)	3 153	3,7	4 328	6,6	6 371	2,8
4	Technicy farmaceutyczni	1 431	1,7	5 208	3,5	9 406	4,1
5	Technicy elektrotechniki medycznej	55	0,06	107	0,08	231	0,1
6	Technicy analityki medycznej	4 281	5,0	11 428	7,6	16 715	7,4
7	Technicy elektroradiologii	1 725	2,0	4 712	3,1	7 591	3,3
8	Technicy fizjoterapii	634	0,7	1 654	1,1	4 589	2,0
9	Instruktorzy higieny	1 605	1,9	3 132	2,0	4 234	1,9
10	Dietetyczki	414	0,5	1 354	0,9	2 524	1,1
11	Instruktorzy terapii zajęciowej	brak danych	brak danych	172	0,1	666	0,3
12	Higienistki szkolne	408	0,5	1 168	0,8	1 764	8,3
13	Opiekunki dziecięce	647	0,7	2 031	1,3	2 845	1,2
	Razem	85 459	100,0	150 303	100,0	226 312	100,0

stawiono w tab. 23. Odnosi się to szczególnie do pielęgniarek, techników farmaceutycznych, techników analityki medycznej, dietetyczek i opiekunek dziecięcych. Tylko w latach 1960—1978 liczba np. techników analityki medycznej zwiększyła się z 4281 do 16 715, a zatem blisko 4-krotnie.



Ryc. 9. Personel służby zdrowia w Polsce (na 10 000 ludności) w latach 1950—1980.

W porównaniu z innymi krajami dysproporcje w liczbie lekarzy, lekarzy dentystów, farmaceutów i pielęgniarek nie tylko zniknęły, ale w niektórych przypadkach Polska zajmuje korzystniejszą pozycję.

W 1979 roku (1978) spośród 23 krajów europejskich 14 z nich miało wskaźnik lekarzy na 10 000 ludności wyższy od Polski (18,8 na 10 000 ludności), między innymi: ZSRR — 36,3, Austria — 21,2, Czechosłowacja — 26,4, Węgry — 24,1, Bułgaria — 24,1. Wśród krajów europejskich mających wskaźnik lekarzy niższy od Polski należy wymienić: Finlandię — 17,1, Jugosławię — 13,3, Portugalię — 14,2, Francję — 16,3, Wielką Brytanię — 15,2, Rumunię — 14,2.

Jeśli chodzi o lekarzy dentystów, różnice między poszczególnymi krajami nie były tak duże. Najwyższe wskaźniki lekarzy dentystów miały Szwecja i Dania — po 10,0, a najniższe Hiszpania — 1,0.

Do krajów o największej liczbie farmaceutów należały Finlandia — 10,4 i Belgia — 9,0. Mniejszą od Polski liczbę farmaceutów (4,7 na 10 000 ludności) dysponowały takie kraje, jak: NRD — 2,1, Jugosławia — 2,2, Szwajcaria — 1,8 i inne.

Spośród 23 krajów europejskich 8 ma sytuację gorszą od Polski w zakresie kadry pielęgniarskiej (48,4 na 10 000 ludności). Do nich należą: Grecja, Portugalia, Hiszpania, Włochy, Jugosławia, Rumunia, Belgia i Austria.

Istnieją jeszcze duże dysproporcje w rozmieszczeniu lekarzy zatrudnionych w poszczególnych województwach Polski. Najwyższy wskaźnik notowano w województwie stołecznym warszawskim — 37,9 na 10 000 ludności w 1980 roku (około 250 osób na 1 lekarza). Na ostatnim miejscu w kraju znajdowało się województwo sieradzkie — 8,4 oraz zamojskie — 8,6 na 10 000 ludności.

Wskaźniki ogólne dla województw nie obrazują w pełni rozmieszczenia geograficznego lekarzy. Analizując głębiej to zagadnienie stwierdzamy, że wieś jest ciągle znacznie bardziej upośledzona pod względem liczby lekarzy. Statystyki wskazują, że spośród ponad 58 000 lekarzy w 1975 roku tylko w miastach wojewódzkich zatrudnionych było ponad 50% tej liczby.

Bardziej wyrównana sytuacja istnieje w rozmieszczeniu lekarzy dentystów.

Zatrudnienie farmaceutów wykazuje również duże dysproporcje. Istnieją województwa, które mają znacznie zaniżone wskaźniki farmaceutów w stosunku do przeciętnej krajowej.

Rozmieszczenie terytorialne pielęgniarek i położnych jest podobne jak lekarzy i lekarzy dentystów. Należy jednak stwierdzić, że odsetek pielęgniarek i położnych pracujących na wsi jest wyższy niż odsetek lekarzy i farmaceutów.

KADRY Z WYŻSZYM WYKSZTAŁCENIEM MEDYCZNYM

W ostatnim roku przed II wojną światową studia lekarskie, stomatologiczne i farmaceutyczne odbywało 5547 osób. Nie mogło to zaspokoić potrzeb społeczeństwa na fachową pomoc medyczną.

Po odzyskaniu niepodległości sytuacja w zakresie szkolenia kadr medycznych zdecydowanie zmieniła się. Już w pierwszym roku po wojnie liczba studiujących medycynę, stomatologię i farmację wynosiła 9682.

W latach 1949—1950 zakończył się proces ujednolicenia wyższego szkolnictwa medycznego. Powołano do życia 10 akademii medycznych w celu zabezpieczenia odpowiedniej liczby lekarzy i innych fachowych pracowników służby zdrowia.

Liczba absolwentów opuszczających uczelnie medyczne w minionym 36-leciu wyniosła blisko 100 000 osób, w tym ponad 60 000 lekarzy, 17 000 stomatologów, 16 000 farmaceutów. W roku akademickim 1945/1946 mury uczelni opuściło zaledwie 791 absolwentów, ale już w roku 1949/1950 liczba ta wyniosła 2155, a w 1952/1953 wydano jedną z największych w okresie powojennym liczbę dyplomów, bo aż 5814. Od roku 1975 roczna liczba absolwentów utrzymuje się na zbliżonym poziomie w granicach 4500 osób, w tym około 3000 lekarzy.

Należy podkreślić także znaczną pomoc państwa dla młodzieży studiującej w akademiach medycznych.

Poważną rolę w kształtowaniu nowego modelu lekarzy odgrywa wprowadzona reforma studiów medycznych. Realizacja tej reformy stała się możliwa po osiągnięciu pewnego poziomu zabezpieczenia potrzeb społeczeństwa w zakresie opieki zdrowotnej oraz po rozbudowie sieci placówek wyższego szkolnictwa medycznego. Zgodnie z założeniami reformy studiów lekarz powinien znać potrzeby zdrowotne ludności będącej pod jego opieką, umieć rozwijać szeroko pojętą działalność profilaktyczną w stosunku do populacji i do jednostki. W związku z tym reforma położyła szczególny nacisk na zagadnienia medycyny społecznej i organizacji ochrony zdrowia w nauczaniu studentów medycyny.

KADRY ZE ŚREDNIM WYKSZTAŁCENIEM MEDYCZNYM

Średnie szkolnictwo medyczne stanęło po odzyskaniu niepodległości przed wielkim zadaniem przygotowania odpowiedniej liczby dobrze wykształconych kadr medycznych.

Zwiększone zadania w tej dziedzinie były uwarunkowane także potrzebą zmiany tradycyjnych wzorów nauczania w związku z wprowadzeniem nowego modelu organizacyjnego służby zdrowia.

W latach sześćdziesiątych przeprowadzono proces ujednolicenia średniego szkolnictwa medycznego. W obowiązującej obecnie strukturze istnieją dwa typy średnich szkół medycznych, przygotowujących absolwentów w 17 zawodach.

Pierwszy typ stanowią licea medyczne dla kandydatów po szkole podstawowej, przygotowujące kadry pielęgniarskie i opiekunek dziecięcych. Drugi typ obejmuje medyczne studia zawodowe dla kandydatów ze świadectwem dojrzałości, przygotowujące absolwentów w zakresie wielu specjalności medycznych i paramedycznych.

Niżej przedstawiono szczegółowy wykaz zawodów medycznych, do wykonywania których niezbędne jest posiadanie średniego wykształcenia medycznego. W opisie tym uwzględniono formy kształcenia, przygotowanie zawodowe oraz zakres wymaganych umiejętności.

P i e l ę g n i a r k a (pielęgniarka psychiatryczna)

a. Formy kształcenia:

— 5-letnie liceum medyczne — wydział pielęgniarstwa, po szkole podstawowej;

— 2-letnie medyczne studium zawodowe — wydział pielęgniarstwa, po szkole średniej;

— 2,5-letnie medyczne studium zawodowe — wydział pielęgniarstwa psychiatrycznego, po szkole średniej;

— roczne medyczne studium zawodowe — wydział pielęgniarstwa dla asystentek pielęgniarskich, które ukończyły szkołę średnią;

— 3-letnie liceum medyczne dla pracujących — dla asystentek pielęgniarskich, które nie ukończyły szkoły średniej.

b. Przygotowanie zawodowe:

Pielęgniarka ma wiadomości (na poziomie średnim) w zakresie takich przedmiotów nauczania, jak: pielęgniarstwo, kliniczny zarys schorzeń, anatomia z fizjologią i fizjopatologią, zarys nauki o lekach, epidemiologia, mikrobiologia i parazytologia, higiena i bezpieczeństwo pracy, organizacja ochrony zdrowia, podstawy psychologii, socjologii i pedagogiki. Szkoła przygotowuje teoretycznie i praktycznie do pracy w placówkach służby zdrowia.

c. Czynności zawodowe:

Praca pielęgniarki obejmuje głównie: pielęgnowanie chorych, czynności pomocnicze związane z ustaleniem diagnozy lekarskiej, obowiązki wynikające z planu leczenia (wstrzyknięcia, opatrunki, okłady itp.), propagowanie zasad higieny oraz prowadzenie oświaty zdrowotnej.

P o ł o ż n a

a. Formy kształcenia:

— 2,5-letnie medyczne studium zawodowe — wydział położnych, po szkole średniej.

b. Przygotowanie zawodowe:

Położna ma wiadomości (na poziomie średnim) z zakresu przedmiotów nauczania analogicznie jak pielęgniarka i ponadto zna zasady techniki i organizacji pracy położnej. Szkoła przygotowuje teoretycznie i praktycznie do podjęcia pracy głównie w szpitalach położniczo-ginekologicznych, poradniach dla kobiet itp.

c. Czynności zawodowe:

Praca położnej obejmuje głównie czynności związane z przebiegiem ciąży, porodu i połogu oraz pielęgnacją noworodka.

T e c h n i k a n a l i t y k i m e d y c z n e j

a. Formy kształcenia:

— 2-letnie medyczne studium zawodowe — wydział analityki, po szkole średniej.

b. Przygotowanie zawodowe:

Technik analityki medycznej ma wiadomości (na poziomie średnim) z zakresu takich przedmiotów nauczania, jak: biochemia kliniczna, hematologia, histologia, histopatologia, mikrobiologia, serologia i parazytologia, analiza chemiczna, analiza instrumentalna, anatomia, fizjologia i fizjopatologia, chemia organiczna z elementami chemii fizjologicznej, higiena i bezpieczeństwo pracy.

Absolwenci zatrudniani są w zakładach diagnostyki laboratoryjnej.

c. Czynności zawodowe:

Praca technika analityki medycznej obejmuje czynności związane z wykonywaniem badań analitycznych w zakładach i pracowniach diagnostyki laboratoryjnej.

T e c h n i k f a r m a c e u t y c z n y

a. Formy kształcenia:

— 2-letnie medyczne studium zawodowe — wydział techniki farmaceutycznej, po szkole średniej.

b. Przygotowanie zawodowe:

Technik farmaceutyczny ma wiadomości (na poziomie średnim) z zakresu takich przedmiotów nauczania, jak: technika przyrządzania leków, chemia organiczna, chemia analityczna, chemia farma-

ceutyczna, towaroznawstwo zielarskie z elementami botaniki, towaroznawstwo sanitarne, anatomia z fizjologią, farmakodynamika, mikrobiologia i parazytologia, higiena i bezpieczeństwo pracy.

Absolwenci zatrudniani są w aptekach, laboratoriach galenowych, w zielarniach.

c. Czynności zawodowe:

Technik farmaceutyczny wykonuje prace techniczne, analityczne i administracyjne związane z produkcją leków, kontrolą i obrotem środków farmaceutycznych, artykułów sanitarnych i sprzętu medycznego.

Technik elektroradiologii

a. Formy kształcenia:

— 2-letnie medyczne studium zawodowe — wydział elektroradiologii, po szkole średniej.

b. Przygotowanie zawodowe:

Technik elektroradiologii ma wiadomości (na poziomie średnim) z zakresu techniki radiografii, radioterapii, diagnostyki elektromedycznej, fizyki promieniowania, elektrotechniki, rentgenologii ogólnej, rentgenotechniki, anatomii, fizjologii i fizjopatologii, postępowania z chorym i ratownictwa, higieny i bezpieczeństwa pracy.

Absolwenci zatrudniani są w placówkach służby zdrowia wyposażonych w aparaturę elektrotechniczną.

c. Czynności zawodowe:

Technik elektroradiologii wykonuje zabiegi w zakresie radiologii, radioterapii, fizykoterapii i ekg.

Technik dentystyczny

a. Formy kształcenia:

— 2-letnie medyczne studium zawodowe — wydział techniki dentystycznej, po szkole średniej.

b. Przygotowanie zawodowe:

Technik dentystyczny ma wiadomości (na poziomie średnim) z zakresu techniki dentystycznej, modelarstwa, materiałoznawstwa z elementami chemii, anatomii z fizjologią, ratownictwa, ortodoncji i ortopedii szczękowej, higieny i bezpieczeństwa pracy.

Absolwenci zatrudniani są w pracowniach protetyki stomatologicznej, przychodniach ortodontycznych, chirurgii stomatologicznej.

c. Czynności zawodowe:

Technik dentystyczny projektuje modele gipsowe, protezy, naprawia protezy, wykonuje korony na zęby, itp.

Technik fizjoterapii

a. Formy kształcenia:

— 2-letnie medyczne studium zawodowe — wydział fizjoterapii, po szkole średniej.

b. Przygotowanie zawodowe:

Technik fizjoterapii ma wiadomości (na poziomie średnim) z zakresu kinezyterapii, metodyki i systematyki ćwiczeń fizycznych, fizykoterapii, masażu, anatomii, fizjologii i fizjopatologii.

Absolwenci są zatrudniani w placówkach służby zdrowia, w których prowadzona jest rehabilitacja lecznicza.

c. Czynności zawodowe:

Technik fizjoterapii wykonuje zabiegi z zakresu kinezyterapii, fizykoterapii, terapii zajęciowej i masażu leczniczego.

Technik biomechanik

a. Formy kształcenia:

— 2-letnie medyczne studium zawodowe — wydział biomechaniki, po szkole średniej.

b. Przygotowanie zawodowe:

Technik biomechanik ma wiadomości (na poziomie średnim) z zakresu: biomechaniki, technologii, zaopatrzenia i pomocy ortopedycznej, kinezyterapii z terapią zajęciową, anatomii, fizjologii i fizjopatologii. Otrzymuje przygotowanie praktyczne do wykonywania czynności technicznych związanych z przygotowaniem protez i ich stosowaniem.

Absolwenci zatrudniani są w poradniach zaopatrzenia ortopedycznego, zakładach sprzętu ortopedycznego itp.

c. Czynności zawodowe:

Wykonuje prace techniczne związane z protezowaniem chorych.

Instruktor higieny

a. Formy kształcenia:

— 2-letnie medyczne studium zawodowe — wydział higieny, po szkole średniej,

— 3-letnie medyczne studium zawodowe — wydział higieny (dla pracujących).

b. Przygotowanie zawodowe:

Instruktor higieny ma wiadomości (na poziomie średnim) z zakresu: higieny komunalnej i wsi, higieny żywienia i żywności, higieny zakładów nauczania i wychowania, higieny zakładów pracy i profilaktyki chorób zawodowych, epidemiologii, mikrobiologii, parazytologii, higieny osobistej i bezpieczeństwa pracy, statystyki i sprawozdawczości.

Absolwenci zatrudniani są głównie w stacjach sanitarno-epidemiologicznych.

c. Czynności zawodowe:

Instruktor higieny pełni nadzór sanitarno-epidemiologiczny w zakładach przemysłowych, instytucjach użyteczności publicznej i domach mieszkalnych.

Instruktor terapii zajęciowej

a. Formy kształcenia:

— 2-letnie medyczne studium zawodowe — wydział terapii zajęciowej, po szkole średniej.

b. Przygotowanie zawodowe:

Instruktor terapii zajęciowej ma wiadomości (na poziomie średnim) z zakresu: terapii zajęciowej, rehabilitacji, psychologii, socjologii, pedagogiki. Zdobywa przygotowanie do prowadzenia z chorymi zajęć mających na celu korektę wad. Zajmuje się usprawnianiem chorych i rehabilitacją zawodową.

Absolwenci zatrudniani są w placówkach służby zdrowia, w których prowadzi się terapię zajęciową w celach leczniczo-rehabilitacyjnych.

c. Czynności zawodowe:

Instruktor terapii zajęciowej prowadzi zajęcia warsztatowe, świetlicowe, a także przy łóżku chorego.

Dietetyczka

a. Formy kształcenia:

— roczne medyczne studium zawodowe — wydział dietetyki, po technikum gastronomicznym;

— 2-letnie medyczne studium zawodowe — wydział dietetyki, po liceum ogólnokształcącym.

b. Przygotowanie zawodowe:

Dietetyczka ma wiadomości z organizacji pracy i ekonomiki żywienia, zasad żywienia i dietetyki, środków spożywczych, mikrobiologii, anatomii z fizjologią i fizjopatologią.

Absolwentki zatrudniane są w placówkach leczniczych i sanatoryjnych.

c. Czynności zawodowe:

Dietetyczki prowadzą całokształt prac związanych z żywieniem pacjentów w placówkach leczniczych i sanatoryjnych.

Opiekunka dziecięca

a. Formy kształcenia:

— 4-letnie liceum medyczne — wydział opiekunek dziecięcych, po szkole podstawowej;

— roczne medyczne studium zawodowe — wydział opiekunek dziecięcych, po szkole średniej.

b. Przygotowanie zawodowe:

Opiekunka dziecięca ma wiadomości z metodyki pracy obejmującej pielęgnowanie i wychowanie dziecka do lat trzech, literatury dziecięcej, wychowania techniczno-estetycznego, podstaw psychologii, socjologii i pedagogiki.

Miejscem pracy opiekunek dziecięcych są żłobki, domy małego dziecka, sanatoria dla małych dzieci.

c. Czynności zawodowe:

Opiekunka dziecięca wykonuje czynności pielęgnacyjno-opiekuńcze i wychowawcze u dzieci do lat trzech.

Higienistka szkolna

a. Formy kształcenia:

— roczne medyczne studium zawodowe — wydział higieny szkolnej, po szkole podstawowej;

b. Przygotowanie zawodowe:

Higienistka szkolna ma wiadomości z takich przedmiotów, jak: nauczanie, metodyka pracy, podstawy psychologii, pedagogiki i socjologii, anatomii, fizjologii i fizjopatologii, elementy rozwoju fizycznego dzieci i młodzieży, higieny szkolnej.

Miejscem pracy higienistek są poradnie szkolne, przedszkola, domy dziecka, internaty itp.

c. Czynności zawodowe:

Higienistka szkolna sprawuje opiekę nad prawidłowym rozwojem fizycznym i psychicznym dzieci i młodzieży, prowadzi zapobiegawczy i bieżący nadzór sanitarny nad środowiskiem szkolnym.

Pracownik socjalny

a. Formy kształcenia:

— 2-letnie medyczne studium zawodowe — wydział pracowników socjalnych, po szkole średniej;

— 2-letnie medyczne studium zawodowe — wydział pracowników socjalnych (dla pracujących).

b. Przygotowanie zawodowe:

Pracownik socjalny ma wiadomości z takich przedmiotów, jak: metody pracy socjalnej, zagadnienia prawne, polityka społeczna, pomoc społeczna, medycyna społeczna, gerontologia, podstawy psychologii, socjologii i pedagogiki społecznej.

Miejscem pracy pracowników socjalnych są głównie działy służb społecznych ZOZ, zakłady pomocy społecznej, zakłady szkolenia inwalidów, ośrodki opiekuna społecznego, przychodnie rejonowe i ośrodki zdrowia.

c. Czynności zawodowe:

Pracownik socjalny wykonuje prace związane z opieką nad ludźmi starymi, niezdolnymi do pracy zawodowej, rodzinami wielodzietnymi, które znalazły się w trudnej sytuacji życiowej, dziećmi i młodzieżą pozbawionymi właściwej opieki, itp.

Higienistka stomatologiczna

a. Formy kształcenia:

— roczne medyczne studium zawodowe — wydział higieny stomatologicznej, po szkole średniej.

b. Przygotowanie zawodowe:

Higienistka stomatologiczna ma wiadomości z zakresu elementarnych zasad i techniki pracy stomatologicznej, mikrobiologii, nauki o lekach, anatomii z fizjologią.

Higienistki stomatologiczne zatrudniane są głównie w poradniach stomatologicznych.

c. Czynności zawodowe:

Higienistka stomatologiczna wykonuje niektóre zabiegi profilaktyczno-higieniczne w jamie ustnej, prowadzi i organizuje oświatę zdrowotną dotyczącą postępowania zapobiegającego chorobom zębów i jamy ustnej.

Ortoptystka

a. Formy kształcenia:

— roczne medyczne studium zawodowe — wydział ortoptystek, po szkole średniej.

b. Przygotowanie zawodowe:

Ortoptystka ma wiadomości z zakresu organizacji i techniki pracy w swoim zawodzie, organizacji ochrony zdrowia, anatomii i fizjologii, podstaw psychologii i socjologii oraz pedagogiki.

Miejscem pracy ortoptystki są poradnie leczenia zeza — gabinety pleoptyczne i ortoptyczne.

c. Czynności zawodowe:

Ortoptystka prowadzi ćwiczenia z zakresu ortoptyki i pleoptyki, uczy prawidłowego widzenia obuocznego, opiekuje się dziećmi z zaburzeniami wzroku.

Poza wymienionymi wyżej, do zawodów z zasadniczym przygotowaniem medycznym zalicza się także asystentkę pielęgniarską i psychiatryczną asystentkę pielęgniarską.

W służbie zdrowia zatrudniani są ponadto: masażyści, pomoce dentystyczne, dezynfektorzy, sekretarki medyczne, rejestratorki, sanitariusze szpitalni i salowe.

Kształceniem podyplomowym zajmuje się Centrum Doskonalenia Nauczycieli i Średnich Kadr Medycznych oraz Wojewódzkie Ośrodki Doskonalenia Kadr Medycznych. Niezależnie od tego, początkowo w Lublinie, a następnie w kilku innych Akademiach Medycznych

w Polsce, utworzono Wydziały Pielęgniarstwa, które mają przygotowywać kadry pielęgniarek z wyższym wykształceniem, głównie dla zaspokojenia pilnych potrzeb w zakresie dydaktyki i organizacji służby zdrowia.

3. OPIEKA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA

Trudna sytuacja naszego państwa po II wojnie światowej, zniszczenia wojenne oraz duży ruch ludności stwarzały niebezpieczeństwo epidemii. Zlikwidowanie tego niebezpieczeństwa stało się pierwszoplanowym zagadnieniem sanitarno-epidemiologicznym. W związku z tym w 1944 roku został powołany Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami, który w roku 1945 został włączony do zorganizowanego w tym czasie Ministerstwa Zdrowia.

W roku 1947 Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami został przekształcony w Departament Sanitarno-Epidemiologiczny Ministerstwa Zdrowia, a w wydziałach zdrowia zostały utworzone oddziały sanitarno-epidemiologiczne. W roku 1952 dotychczasowe filie Państwowego Zakładu Higieny zostały przekształcone w terytorialne stacje sanitarno-epidemiologiczne.

W roku 1954 powołana została **Państwowa Inspekcja Sanitarna** (PIS). Organy PIS zostały wyłączone z ówczesnego aparatu wykonawczego prezydiów rad narodowych. Na czele PIS stoi Główny Państwowy Inspektor Sanitarny, którego działalność rozciąga się na obszar całego kraju. Terenowymi organami PIS są państwowi inspektorzy sanitarni, których działalność obejmuje obszary odpowiadające jednostkom administracyjnego podziału kraju. Państwowi inspektorzy sanitarni nie są podporządkowani w swej działalności wojewodom, mimo że są przez nich powoływani. Oznacza to, że wojewoda nie może wydawać poleceń państwowym inspektorom sanitarnym, ani też zmieniać ich decyzji. Niemniej inspektor sanitarny jest obowiązany składać wojewodom sprawozdania ze swej działalności.

Działalność PIS jest w znacznym stopniu działalnością usługową przez udzielanie ludności świadczeń o charakterze profilaktycznym. Państwowa Inspekcja Sanitarna przeprowadza ponadto kontrolę

i wydaje nakazy sanitarne w stosunku do jednostek gospodarczych i poszczególnych obywateli. Państwowi inspektorzy sanitarni wykonują swe funkcje za pośrednictwem stacji sanitarno-epidemiologicznych odpowiedniego szczebla wojewódzkiego. Na obszarach mniejszych zadania sanitarno-epidemiologiczne są wykonywane bądź przez terenowe stacje sanitarno-epidemiologiczne, bądź przez przychodnie lub ośrodki zdrowia. Państwowy inspektor sanitarny jest równocześnie bezpośrednim kierownikiem stacji sanitarno-epidemiologicznej.

W związku z tym, że zadania PIS stanowią część zadań służby zdrowia w zakresie ochrony zdrowia ludności, istnieje konieczność ścisłego powiązania organów PIS z organami służby zdrowia na wszystkich szczeblach. Sprawa ta rozwiązana jest w sposób następujący: Główny Inspektor Sanitarny jest równocześnie zastępcą Ministra Zdrowia do spraw sanitarno-epidemiologicznych. Państwowi wojewódzcy inspektorzy sanitarni są równocześnie zastępcami lekarzy wojewódzkich. Państwowi inspektorzy sanitarni w wykonywaniu swoich zadań z zakresu PIS nie podlegają jednak lekarzom wojewódzkim, lecz wyłącznie inspektorowi PIS wyższego szczebla.

Dekret o PIS przekazał aparatowi tej instytucji zadania organizowania, inicjowania i kontrolowania spraw dotyczących zagadnień sanitarno-epidemiologicznych. Funkcje wyżej podane dotyczą głównie czterech podstawowych grup zagadnień. Są to mianowicie:

1) nadzór zapobiegawczy;
2) nadzór bieżący;
3) zapobieganie chorobom zakaźnym i zawodowym oraz ich zwalczanie;
4) szerzenie oświaty zdrowotnej.

Nadzór zapobiegawczy — jak wskazuje sama nazwa — ma na celu zapobieganie powstawaniu czynników szkodliwych dla zdrowia. Zapobieganie powstawaniu szkodliwych czynników jest realizowane przez opracowywanie przepisów sanitarnych, które powinny być stosowane w budownictwie lub w produkcji artykułów żywnościowych i przedmiotów codziennego użytku, przez opiniowanie planów budowy lub przebudowy różnego typu obiektów, a także przez ustalanie, czy zakład pracy może być oddany do użytku itp. Te formy nadzoru zapobiegawczego nie wyczerpują całej treści tego zagadnienia. Na ich przykładzie można tylko stwierdzić, że jest to

taka działalność organów PIS, która pozwala tym organom wpłynąć na tworzenie właściwych pod względem zdrowotnym warunków bytu obywateli.

Nadzór bieżący — obejmuje bardzo szeroki zakres spraw. W ramach tego nadzoru organa PIS czuwają nad stanem sanitarnym miast i osiedli, nad produkcją, obrotem, przewozem oraz przechowywaniem artykułów żywności i artykułów powszechnego użytku, nad zaopatrywaniem ludności w wodę, nad higieną pracy, higieną szkolną itp.

Niezależnie od organów PIS istnieją w Polsce jeszcze inne organy powołane do sprawowania kontroli w tym zakresie. Na przykład organa Państwowej Inspekcji Handlowej czuwają nad jakością artykułów żywnościowych, a organa Państwowej Inspekcji Pracy kontrolują przestrzeganie przepisów w zakresie higieny i bezpieczeństwa pracy. Dokładne rozgraniczenie kompetencji poszczególnych organów nie zawsze jest możliwe, stąd wynika konieczność ścisłej między nimi współpracy.

Zwalczanie chorób zakaźnych i zawodowych oraz zapobieganie ich powstawaniu jest działem pracy PIS o najbardziej skonkretyzowanym zakresie. Organa PIS spełniają rolę organizatora i głównego wykonawcy prac, zmierzających do zapobiegania chorobom i ich zwalczania. Równocześnie państwowi inspektorzy sanitarni są organem kontrolującym przestrzeganie przepisów obowiązujących w tym zakresie.

Szerzenie oświaty zdrowotnej — zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami — należy do obowiązków każdego fachowego pracownika służby zdrowia. Obok służby zdrowia również wiele organizacji społecznych (np. PCK) zajmuje się tym problemem, zgodnie ze swoimi statutowymi zadaniami.

Jeśli chodzi o rolę PIS, to polega ona na wskazaniu metod szerzenia oświaty zdrowotnej, koordynacji działalności poszczególnych zakładów służby zdrowia i organizacji społecznych, a także na czuwaniu nad zapewnieniem odpowiednich kredytów na ten cel.

Służba sanitarno-epidemiologiczna, zgodnie z zasadą przyjętą w całej służbie zdrowia, opiera swoją działalność na wynikach badań naukowych. Badania naukowe związane z pracą służby sanitarno-epidemiologicznej prowadzą: Państwowy Zakład Higieny w Warszawie, Instytut Medycyny Pracy w Przemyśle Włókienniczym

i Chemicznym w Łodzi, Instytut Medycyny Morskiej w Gdańsku, Instytut Medycyny Pracy i Higieny Wsi w Lublinie, Instytut Medycyny Pracy w Przemyśle Węglowym i Hutniczym w Sosnowcu oraz katedry higieny akademii medycznych. Instytuty te, poza działalnością naukową, prowadzą szkolenie pracowników przemysłowej służby zdrowia oraz pionu sanitarno-epidemiologicznego, a także sprawują nadzór fachowy nad działalnością odpowiednich zakładów służby zdrowia.

STACJE SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNE

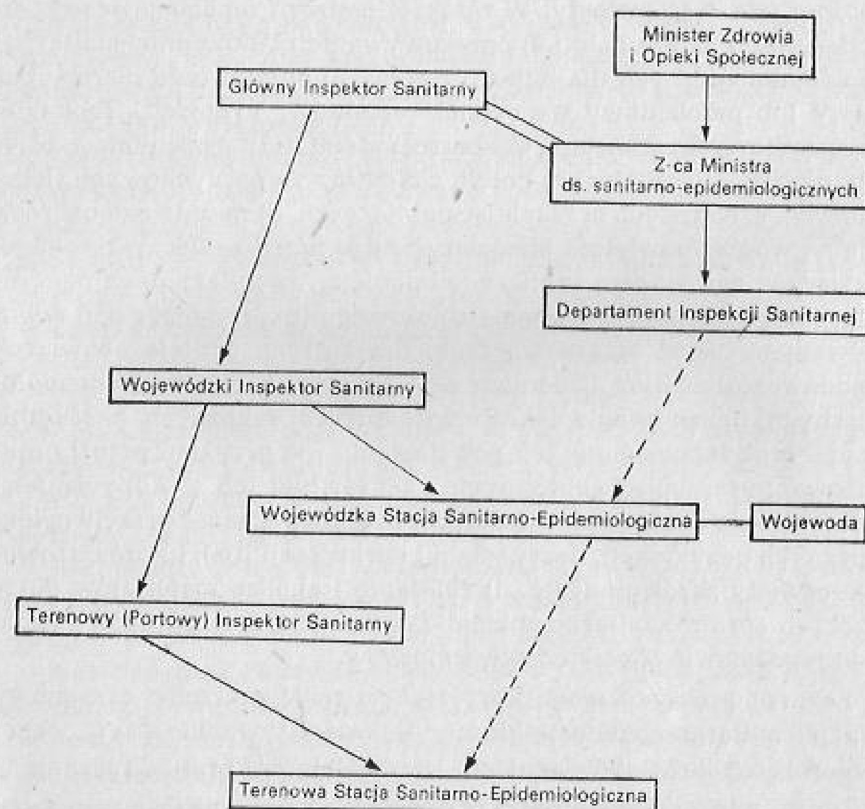
Przedmiot działania wojewódzkiej stacji sanitarno-epidemiologicznej jest dość rozległy. W zakresie nadzoru zapobiegawczego do zadań stacji należą m.in.: a) opracowywanie planów prac sanitarno-epidemiologicznych dla danego rejonu, b) opiniowanie planów budowy lub przebudowy wszystkich obiektów, urządzeń, zakładów przemysłowych, szkół itp., c) kontrola stanu sanitarnego miast, osiedli, domów mieszkalnych, hoteli, zakładów wypoczynkowych, leczniczych, usługowych oraz miejsc publicznych, d) nadzór nad ochroną gleby, wody i powietrza atmosferycznego przed zanieczyszczeniem, e) nadzór nad stanem sanitarno-higienicznym w zakładach nauczania, zakładach pracy, żywienia zbiorowego itp., f) nadzór nad dokonywaniem badań lekarskich osób, dla których istnieje obowiązek poddawania się tym badaniom ze względów sanitarno-epidemiologicznych, g) zwalczanie chorób zawodowych, zakaźnych, pasożytniczych oraz zapobieganie ich powstawaniu (na przykład przez: organizowanie szczepień ochronnych i nadzór nad ich wykonywaniem, opracowanie ognisk epidemicznych, przeprowadzanie przeciwepidemicznych dezynfekcji, dezynsekcji i deratyzacji itp.), h) organizowanie oświaty zdrowotnej itp., i) zbieranie i analiza materiałów dotyczących spraw sanitarno-epidemiologicznych oraz opracowywanie na tej podstawie odpowiednich wniosków.

Lekarze praktycy mogą korzystać w razie potrzeby z pomocy stacji sanitarno-epidemiologicznej w rozwiązywaniu spraw wchodzących w zakres obowiązującej ich działalności profilaktycznej.

Dotyczy to w szczególności przypadków i sytuacji wymagających specjalnych badań diagnostycznych (np. niektóre odczyny serolo-

giczne), badań środowiska zewnętrznego (np. badanie wody na miano *coli* lub badanie stężenia substancji trujących w powietrzu) bądź konsultacji specjalistów w zakresie higieny żywienia, komunalnej, szkolnej, pracy, epidemiologii, oświaty zdrowotnej.

Do obowiązków każdego lekarza praktyka, bez względu na specjalizację i miejsce pracy, należy zgłaszanie do stacji sanitarno-epidemiologicznej każdego przypadku choroby zakaźnej lub zawodowej, objętego obowiązkową rejestracją. Skrupulatne przestrzeganie przez lekarzy tego obowiązku, jak również i innych zadań profilaktycznych stanowi niezbędny warunek podniesienia ogólnego stanu sanitarnego kraju i zdrowia ludności.



Ryc. 10. Organizacja państwowej inspekcji sanitarnej w Polsce.

W celu wypełnienia tych zadań wojewódzka stacja sanitarno-epidemiologiczna posiada zazwyczaj następujące komórki organizacyjne:

— dział higieny komunalnej,
— dział higieny żywności i żywienia,
— dział higieny pracy,
— dział epidemiologii,
— oddział (sekcja) ochrony radiologicznej,
— oddział (sekcja) zapobiegawczego nadzoru inwestycyjnego,
— oddział (sekcja) higieny dzieci i młodzieży,
— oddział (sekcja) oświaty zdrowotnej,
— oddział (sekcja) statystyki.

Terenowe stacje sanitarno-epidemiologiczne w swojej strukturze mają odpowiedniki działów, oddziałów, sekcji i stanowisk pracy wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych. Działalność tych ostatnich polega również na sprawowaniu nadzoru i konsultacjach specjalistycznych dla terenowych stacji sanitarno-epidemiologicznych, a ponadto na udzielaniu świadczeń laboratoryjnych przekraczających możliwości techniczne terenowych jednostek organizacyjnych.

4. ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Do roku 1970 główny ciężar opieki nad chorym oraz pracy nad umacnianiem i podtrzymywaniem zdrowia ludności spoczywał na lecznictwie otwartym (ambulatoryjnym). Ośrodki zdrowia na wsi oraz przychodnie rejonowe w miastach sprawowały opiekę medyczną łącząc czynności zapobiegania i leczenia. Funkcje kierownicze oraz metodyczno-organizacyjne dla tych jednostek wykonywały przychodnie obwodowe. Zabezpieczały one także potrzeby badań diagnostycznych oraz konsultacje specjalistów.

Szpitale, będące głównymi zakładami lecznictwa zamkniętego, stanowiły odrębne administracyjnie instytucje służby zdrowia. Znajdowały się one niejako w drugiej linii działań zdrowotnych, a ich domeną było leczenie chorych wymagających stacjonarnej opieki medycznej oraz szkolenie specjalistów.

Odrębnymi administracyjnie instytucjami były także stacje pogotowia ratunkowego. Ich działalność polegała na udzielaniu porad, głównie w przypadkach ostrych zachorowań, przewożeniu do szpitala osób obłożnie chorych lub wymagających hospitalizacji w trybie nagłym oraz na udzielaniu pomocy w nagłych wypadkach.

Integralność instytucjonalna nie sprzyjała rozwojowi i umacnianiu współdziałania. Każda z instytucji dążyła do odrębnego zabezpieczenia swoich funkcji pomocniczych, mimo że były one niemal identyczne, a tworzony przez nie potencjał nie zawsze w pełni wykorzystywany. Nie sprzyjała ona również zachowaniu ciągłości opieki zdrowotnej i powodowała nieskoordynowane rozczłonowanie świadczonych usług zdrowotnych.

Z tych względów zdecydowano się na dokonanie reorganizacji służby zdrowia. W latach 1971—1975 zespolono lecznictwo otwarte, lecznictwo zamknięte i stacje pogotowia ratunkowego w jedną instytucję o nazwie — Zespół Opieki Zdrowotnej (ZOZ). Istota reorganizacji polegała na zniesieniu administracyjnych barier, utrudniających współdziałanie zespolonych instytucji. Otworzyła ona drogę do wspólnego i uzupełniającego się rozwoju ich funkcji oraz umożliwiła rozciągnięcie problemów ochrony zdrowia na tak tradycyjne instytucje medycyny leczniczej, jakimi są szpitale. Nadrzędnym celem wprowadzonych zmian było natomiast utworzenie struktury organizacyjnej, umożliwiającej pełne i kompleksowe udzielenie świadczeń, uwarunkowanych potrzebami zdrowotnymi i dostępnych dla każdego obywatela. W tych ramach tworzono również warunki dla bardziej efektywnego wykorzystywania aktualnych i przyszłych zasobów materialnych oraz kadrowych służby zdrowia.

Na szczególne podkreślenie zasługuje przy tym fakt, że założone zmiany organizacyjne nie naruszały podstawowych funkcji zespolonych instytucji. Przeprowadzone w nadbudowie stwarzały natomiast warunki dla ich efektywniejszego wykonywania oraz perspektywy szerszego ich rozwoju.

Zespół Opieki Zdrowotnej jest zakładem społecznym służby zdrowia i stanowi samodzielną jednostkę organizacyjną i budżetową, podlegającą wojewodzie poprzez Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej stopnia wojewódzkiego.

Zgodnie z zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie organizacji i wzorcowych statutów zespołów opieki zdrowotnej* — w skład zespołu wchodzą:

1. Dział opieki zdrowotnej:
   a) szpital (jeśli wchodzi w skład zespołu),
   b) przychodnie specjalistyczne lub przyszpitalne,
   c) zakłady (pracownie) rehabilitacji leczniczej,
   d) pracownie (zakłady) diagnostyki medycznej,
   e) oddział pomocy doraźnej,
   f) przychodnie rejonowe i ośrodki zdrowia,
   g) przychodnie przyzakładowe lub międzyzakładowe,
   h) poradnie medycyny pracy.
2. Dział służb społecznych:
   a) ośrodek opiekuna społecznego,
   b) sekcja (stanowisko pracy) świadczeń pomocy społecznej,
   c) sekcja (stanowisko pracy) opiekuńczo-wychowawcza,
   d) sekcja rehabilitacji zawodowej inwalidów,
   e) dzienne domy pomocy społecznej,
   f) żłobki, domy małych dzieci.
3. Dział ekonomiczno-eksploatacyjny:
   a) sekcja ekonomiczno-finansowa,
   b) sekcja gospodarcza,
   c) sekcja techniczna.
4. Sekcja apteczna.
5. Dział (sekcja) służb pracowniczych.
6. Sekcja (stanowisko pracy) do spraw analiz i statystyki medycznej.
7. Inspektor do spraw orzecznictwa lekarskiego.
8. Stanowiska pracy: radca prawny, inspektor do spraw bhp, inspektor do spraw ppoż., inspektor do spraw obronnych.

Obszar działania Zespołu Opieki Zdrowotnej obejmuje teren dawnego powiatu, miasta stanowiącego uprzednio powiat lub dzielnicę miasta, co pokrywa się w zasadzie z podziałem administracyjnym, uwzględniającym podział dwustopniowy województwo — gmina. Swoim działaniem obejmuje z reguły teren zamieszkały przez 30—150 tys. ludności.

* Dz.Urz. MZiOS Nr 12 z dnia 22 XII 1982 r.

W nowej strukturze organizacyjnej służby zdrowia zespoły opieki zdrowotnej stanowią podstawowe instytucje zapewniające świadczenia zdrowotne i opiekę społeczną dla ludności zamieszkałej na otaczającym je terenie. Główne zadania w zespołach wykonują lekarze zatrudnieni w ośrodkach zdrowia i przychodniach rejonowych. Przy pomocy pielęgniarek środowiskowych i opiekunów społecznych bądź pracowników socjalnych mają oni możliwości pełnego poznania potrzeb zdrowotnych oraz wpływu otoczenia na stan zdrowia podopiecznych. Na nich także, jako na lekarzach pierwszego kontaktu, spoczywa główny ciężar opieki nad chorym oraz pracy nad podnoszeniem stanu zdrowia podopiecznych. Potrzeby leczenia stacjonarnego, konsultacje specjalistyczne oraz pomoc w nagłych zachorowaniach i wypadkach dla ludności objętej opieką podstawową zapewniają: oddziały szpitalne pomocy doraźnej oraz przychodnie specjalistyczne. Znajdują się one najczęściej na terenie szpitala i ściśle współpracują z działem opieki zdrowotnej, co zapewnia ciągłość i koordynację świadczeń uwarunkowanych potrzebami zdrowotnymi. Możliwość sprawnego ich udzielania zapewniają natomiast przychodnie diagnostyki medycznej oraz inne komórki organizacyjne zespołu, realizujące funkcje uzupełniające lub pomocnicze.

Zespoły opieki zdrowotnej, wykonujące zadania na terenie określonego województwa, podlegają wojewodzie za pośrednictwem lekarza wojewódzkiego.

Aparatem umożliwiającym merytoryczne nimi kierowanie i zarządzanie są wojewódzkie zespoły specjalistyczne i/lub wojewódzkie szpitale zespolone. Do zadań tych instytucji należy prowadzenie systematycznej oceny potrzeb zdrowotnych oraz stanu organizacyjnego i działalności zakładów służby zdrowia na terenie województwa. W tych ramach oceniają one zarówno efektywność stosowanych metod zapobiegania, leczenia i rehabilitacji, jak i ich nowoczesność oraz poziom wiedzy fachowej pracowników i potrzeby ich dokształcania. Zespoły opieki zdrowotnej szczebla wojewódzkiego zapewniają także świadczenia konsultacyjne i profilaktyczno-lecznicze. Udzielają je ludziom zamieszkującym teren województwa w skali nie zabezpieczanej przez działy specjalistyczne zespołów opieki zdrowotnej albo w zakresie potrzeb specjalnego wyposażenia w aparaturę do badań.

Podobne zadania w odniesieniu do regionu, składającego się z 2 do 7 województw, spełniają akademie medyczne. Obok zadań, wynikających z funkcji nadzoru, udzielają one także świadczeń zdrowotnych w zakresie rzadkich specjalności lub potrzeb aparatury i urządzeń nie znajdujących się w dyspozycji wojewódzkich zespołów specjalistycznych.

Wysoki poziom jakościowy świadczeń udzielanych przez zespoły opieki zdrowotnej zabezpieczony jest w działalności naukowej akademii medycznych i instytutów naukowo-badawczych resortu.

Do zadań tych instytucji należy bowiem podejmowanie bądź inspirowanie prac badawczych służących rozpoznawaniu lub rozwiązywaniu problemów zdrowotnych regionu albo kraju. W ich gestii leży także bieżąca analiza postępu badań podstawowych i klinicznych, prowadzonych w krajowych i zagranicznych placówkach naukowo-badawczych oraz, w miarę potrzeb i możliwości, ich kontynuacja do pełnego wdrożenia.

Tak więc, obok poziomego zespolenia strukturalnego instytucji służby zdrowia, dokonana została także ich pionowa integracja funkcjonalna. Zapewnia to lepszą dostępność świadczeń uwarunkowanych potrzebami; wysoki ich poziom oraz racjonalne rozmieszczenie i wykorzystanie potencjału służby zdrowia.

Celowi temu służyła także reforma systemu płac. W jej wyniku wysokość uposażenia pracownika służby zdrowia uzależniona została od zajmowanego stanowiska, kwalifikacji i stażu pracy oraz efektów i indywidualnego wkładu pracy. Można zatem przyjąć, że zależność taka działa stymulująco na podnoszenie kwalifikacji i lepsze wykonywanie pracy przez lekarzy, pielęgniarki oraz pozostałych pracowników służby zdrowia.

Dokonane zmiany organizacyjne nie dotyczyły służby sanitarno-epidemiologicznej. W omawianym okresie miały miejsce jedynie niewielkie zmiany w strukturze organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, które wynikały z reformy administracyjnych władz kraju.

Nie uległ również zmianie system zarządzania i zależności instancji kierowniczych. Terenowe organa odpowiedzialne za ochronę zdrowia ludności, opiekę zdrowotną i opiekę społeczną nadal mają podwójne podporządkowanie. Merytorycznie podlegają one Mini-

strowi Zdrowia i Opieki Społecznej, a administracyjnie — wojewodzie. Po zniesieniu powiatowych wydziałów zdrowia zmniejszyła się jedynie liczba instancji pośrednich, łączących naczelne kierownictwo z bezpośrednim wykonawcą zadań służby zdrowia.

Zachowany został także udział sił społecznych w działaniach na rzecz ochrony zdrowia. Realizowany jest on przez Komisję Zdrowia Rad Narodowych, które czuwają, aby opieka zdrowotna podporządkowana była potrzebom ogółu ludności i stanowiła służbę dbającą o interes społeczny, oraz inspirują bądź uczestniczą w inicjatywach lub działaniach służących ochronie i umacnianiu zdrowia ludności.

Zespół opieki zdrowotnej jest zobowiązany zapewnić ludności opiekę zdrowotną podstawową, uzupełnioną świadczeniami opieki specjalistycznej. Dla osiągnięcia tego celu na podstawie dokonanej rejonizacji organizowane są poradnie opieki podstawowej (ogólna, dla dzieci, dla kobiet, stomatologiczna). Poradnie te, w zależności od posiadanych przez ZOZ warunków, mieszczą się w całości lub częściowo w jednym lokalu, lub też są rozmieszczone w terenie jako pojedyncze poradnie bądź jako przychodnie rejonowe. Jednostką organizacyjną podstawowej opieki zdrowotnej na wsi jest gminny ośrodek zdrowia.

Opieka zdrowotna specjalistyczna jest udzielana przez przychodnie i poradnie zasadniczych specjalności lekarskich, których działalność wiąże się ze zwalczaniem chorób o charakterze społecznym lub wynika ze szczególnych potrzeb terenu. Powoływane są więc w przychodniach ZOZ-u poradnie skórno-wenerologiczne, poradnie przeciwgruźlicze i chorób płuc, poradnie zdrowia psychicznego oraz poradnie konsultacyjne w dziedzinie chorób wewnętrznych, chirurgii, laryngologii, okulistyki, neurologii, protetyki stomatologicznej, ortodoncji.

W przychodniach tych mogą być organizowane także inne poradnie, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami miejscowymi i istnieje możność zatrudnienia odpowiednich lekarzy specjalistów. Mogą to być: konsultacyjne poradnie pediatryczne, poradnie higieny pracy, poradnie sportowo-lekarskie, poradnie przeciwalkoholowe.

Zespoły opieki zdrowotnej realizują tzw. główne funkcje ochrony zdrowia (profilaktyka swoista i nieswoista, profilaktycznie ukierunkowane leczenie, rehabilitacja, opieka medyczno-społeczna) w stosunku do ludności zamieszkałej na danym terenie. Natomiast część administracyjno-gospodarcza oraz część socjalna ZOZ-u to komórki organizacyjne powołane do stworzenia jak najlepszych warunków realizacji funkcji podstawowych.

ZOZ sprawuje działalność metodyczno-organizacyjną przede wszystkim w stosunku do opieki zdrowotnej podstawowej w mieście i na wsi. Działalność ta polega między innymi na sprawowaniu stałej kontroli poziomu pracy lekarzy rejonowych i lekarzy odpowiednich poradni specjalistycznych, na określaniu potrzeb zdrowotnych w danej dziedzinie świadczeń, analizowaniu organizacji, efektywności pracy i zakresu udzielanych świadczeń, ocenie przygotowania fachowego pracowników, opracowywaniu wniosków w tych sprawach oraz inicjowaniu i prowadzeniu różnych form dokształcania zawodowego. Jest zrozumiałe, że do działalności metodyczno-organizacyjnej muszą być włączeni ordynatorzy oddziałów szpitala ZOZ-u.

Ordynatorzy szpitali sprawują działalność metodyczno-organizacyjną w zakresie: medycyny ogólnej i interny, pediatrii oraz położnictwa i ginekologii.

W zależności od potrzeb miejscowych działalnością metodyczno-organizacyjną może być objęta także inna dziedzina medycyny.

Sprawowanie nadzoru metodyczno-organizacyjnego przez ordynatora oddziału miejscowego szpitala jest z reguły bardzo korzystne. Wiąże się to z faktem, że opierając się na rozeznaniu oddziału szpitalnego (kierowanie chorych na oddział przez poszczególnych lekarzy rejonowych) lepiej można ocenić poziom fachowy lekarzy, a także można ich wzywać na okresowe szkolenia odbywane na oddziale pod kierunkiem ordynatora.

P r z e m y s ł o w y (górniczy, portowy) Z e s p ó ł O p i e k i Z d r o w o t n e j organizowany jest na obszarze o dużej koncentracji zakładów pracy, przede wszystkim przemysłowych, górniczych, transportu, żeglugi i budownictwa. Zespół prowadzi działalność zapobiegawczą, leczniczą i rehabilitacyjną w stosunku do osób objętych opieką przemysłowych, przyzakładowych i międzyzakładowych przychodni oraz nadzór nad warunkami sanitarno-higienicznymi w zakładach pracy objętych opieką tych przychodni. W skład zespołu wchodzą: dział opieki zdrowotnej, sekcja apteczna, sekcja

16*

analiz i statystyki medycznej, dział ekonomiczno-eksploatacyjny, sekcja służb pracowniczych, inspektor ds. orzecznictwa lekarskiego, inspektor ds. bhp, inspektor ds. ppoż., inspektor ds. obronności.

Zespół Opieki Zdrowotnej dla Szkół Wyższych organizowany jest w miejscowościach o dużym skupieniu uczelni akademickich. Zapewnia on opiekę profilaktyczno-leczniczą studentom, osobom pobierającym stypendia doktorskie i habilitacyjne oraz pracownikom szkół wyższych. W skład Zespołu wchodzą: akademickie przychodnie rejonowe z poradniami ogólnymi, stomatologicznymi i w miarę potrzeby poradniami dla kobiet i specjalistycznymi, oddziały szpitalne, izby chorych, półsanatoria, pracownie diagnostyczne oraz inne komórki specjalne i pomocnicze.

5. PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

Uznając dominującą rolę podstawowej opieki zdrowotnej (poz) w sprawowaniu opieki i zapewnieniu usług zdrowotnych należy podkreślić jej miejsce i znaczenie w całym systemie świadczeń.

Zadaniem podstawowej opieki zdrowotnej jest sprawowanie ciągłej i wszechstronnej opieki medycznej nad jednostką, rodziną i społeczeństwem z uwzględnieniem ich miejsca zamieszkania oraz warunków nauki i pracy. Od lekarza rejonowego oczekuje się nie tylko leczenia chorych, którzy zgłaszają się do niego po poradę, ale przede wszystkim realizowania w swoim rejonie zadań profilaktycznych, prowadzenia czynnego poradnictwa, planowej działalności w zakresie oświaty zdrowotnej, koordynowania leczenia podejmowanego przez lekarzy innych specjalności.

Z całym naciskiem należy podkreślić, iż lekarz rejonowy jest dziś odpowiedzialny za stan zdrowia całej podopiecznej populacji, powinien tę opiekę sprawować najlepiej z fachowego i organizacyjnego punktu widzenia, przy wykorzystaniu współczesnej wiedzy medycznej, być aktywnym w swych działaniach, natomiast system opieki zdrowotnej powinien stworzyć mu najlepsze ku temu warunki. Dlatego też od lekarza rejonowego wymaga się dobrego przygotowania zawodowego i stałego podnoszenia kwalifikacji, troski o poprawę stanu zdrowotnego ludności, zapobiegania występowaniu chorób i skutecznego ich leczenia, dobrej znajomości powierzonego

środowiska i życzliwego stosunku do pacjentów. Obecny okres zmian społecznych zachodzących w Polsce sprzyja takiemu właśnie rozumieniu i wykonywaniu zadań lekarza rejonowego.

W działalności poz dominować powinna praca o charakterze zespołowym. Lekarz rejonowy musi współpracować z innymi pracownikami służby zdrowia i opieki społecznej, włączając w to pielęgniarki środowiskowe, położne rejonowe oraz pracowników socjalnych. Sposób pracy, rezultaty decyzji i wyniki działalności każdego pracownika poz — zwłaszcza lekarzy — wpływają w istotny sposób na prawidłowości wykorzystania potencjału i zużywanych środków w całej służbie zdrowia i opiece społecznej. Dotyczy to szczególnie wykorzystania bazy szpitalnej, domów pomocy społecznej, zespołów wyjazdowych pogotowia ratunkowego, jak również wydatków na leki. Z działalnością wiąże się pierwszy kontakt pacjenta ze służbą zdrowia, stanowi ona zatem niejako „filtr" zabezpieczający specjalistów oraz opiekę szpitalną przed przypadkami nie wymagającymi tego typu pomocy.

Rola i znaczenie, wynikające z funkcji zdrowotnych i społecznych powodują, że ta część opieki zdrowotnej ma szczególną rangę w ochronie zdrowia i opiece społecznej. Szczególnie, jeżeli cele działania podstawowej opieki zdrowotnej zostaną przyjęte jako następujące: „poz to opieka medyczna i społeczna sprawowana w sposób powszechnie osiągalny, ciągły, zespołowy, ukierunkowana zapobiegawczo i orientowana na jednostkę, rodzinę i środowisko". Jeszcze szerzej cel ten definiuje prof. J. Kostrzewski, mówiąc o „... zapewnieniu ludności rejonu pełni zdrowia fizycznego i społecznego, stworzeniu takich warunków życia i pracy, które przyczynią się do należytego rozwoju fizycznego oraz umysłowego człowieka, a w konsekwencji doprowadzą do zmniejszenia, a nawet uwolnienia ludności od ciężaru niektórych chorób lub form kalectwa".

Międzynarodowa Konferencja w Ałma-Acie, zorganizowana przez WHO i UNICEF w 1978 roku, uznała podstawową opiekę zdrowotną za istotną formę świadczeń zdrowotnych, opartą zarówno na praktycznych, naukowo uzasadnionych i społecznie akceptowanych metodach pracy, jak i na współczesnej technice medycznej, ogólnie dostępnej jednostkom i rodzinom danej społeczności, dzięki ich pełnemu udziałowi w zapewnieniu opieki, a także, na które w kategoriach kosztów stać daną społeczność w każdym etapie jej roz-

woju. Podstawowa opieka zdrowotna stanowić powinna zatem integralną część zarówno krajowego systemu ochrony zdrowia, z miejscem centralnym w tym systemie, jak i zasadniczy akcent ogólnego, społecznego i gospodarczego rozwoju społeczności.

Z przytoczonych definicji wynika, że dobrze zorganizowana podstawowa opieka zdrowotna spełniać powinna następujące postulaty:

a) pełną dostępność świadczeń;

b) kompleksowość usług, w tym przypadku rozumianą jako wykorzystanie pełnego potencjału danego zakładu oraz zespołu rejonowego w zapewnieniu opieki profilaktyczno-leczniczej;

c) ciągłość opieki — tak w zależności od fazy życia osobniczego, jak i od aktualnych potrzeb w zdrowiu lub chorobie; w rejonie zasada ta powinna być zapewniona poprzez stabilność zespołu oraz koordynację przez lekarza wszystkich świadczeń udzielanych pacjentowi;

d) aktywność i odpowiedni poziom fachowy pracowników;

e) profilaktyczne ukierunkowanie działań zespołu rejonowego.

Zgodzić się należy ze szczegółowymi celami działania podstawowej opieki zdrowotnej, jakie zostały opracowane przez Resort Zdrowia. Ich zakres obejmuje:

a) rozpoznawanie sytuacji zdrowotnej i socjalnej jednostki, rodziny i większej zbiorowości tworzących grupę ludności połączoną identycznymi lub podobnymi warunkami środowiskowymi (zamieszkania, pracy, nauki);

b) poznawanie potrzeb zdrowotnych i socjalnych jednostki, rodziny i grupy ludności połączonej identycznymi warunkami środowiskowymi;

c) wykrywanie czynników ryzyka dla zdrowia, tj. zagrożeń i szkodliwości zewnątrz- i wewnątrzpochodnych, mających wpływ na rozwój psychofizyczny, stan zdrowia i samopoczucie jednostkowe i społeczne;

d) podejmowanie i prowadzenie działań zapobiegawczych szerzących i gruntujących wiedzę o zdrowiu, kulturę i zachowanie zdrowotne, chroniących i umacniających zdrowie, przez kontrolę czynników ryzyka i przeciwdziałanie im, sprawdzanie stanu zdrowia osób zdrowych i wczesne wykrywanie odchyleń w tym stanie, aż do zapobiegania rozwijaniu się choroby, ograniczanie i łagodzenie powikłań oraz następstw, zastępowanie utraconych funkcji itp.;

e) sprawowanie ciągłej, zespołowej, wszechstronnej i łatwo dostępnej opieki zdrowotnej i społecznej, przez zapewnienie indywidualnych świadczeń w zakładzie opieki zdrowotnej i w domu chorego, a w razie potrzeby również w innym miejscu, gdzie wystąpiła taka potrzeba; świadczenia ma obowiązek zapewnić lekarz, pielęgniarka i pracownik socjalny;

f) zapewnienie w stopniu, na jaki pozwalają posiadane kwalifikacje i środki techniczne, doraźnej pomocy w nagłych zachorowaniach i nieszczęśliwych wypadkach, łącznie z pierwszą pomocą medyczną w stanach zagrożenia życia;

g) prowadzenie i organizowanie opieki domowej (medycznej i socjalnej) osobom obłożnie i przewlekle chorym, niedołężnym, upośledzonym, samotnym, łącznie z formami domowej opieki terminalnej.

Aktualnie podstawowa opieka zdrowotna nie zaspokaja jeszcze w pełni oczekiwań i uzasadnionych wymagań obywateli. Świadczą o tym negatywne opinie odbiorców świadczeń, jak i samych lekarzy rejonowych, znaczna fluktuacja na stanowiskach pierwszego kontaktu, niewystarczająca motywacja do podejmowania tej trudnej i odpowiedzialnej pracy, a ponadto wzrastające tendencje do specjalizowania się w wąskich dyscyplinach medycyny.

REJONIZACJA OPIEKI ZDROWOTNEJ

Rejonizacja działalności zdrowotnej ustala terenową odpowiedzialność instytucji służby zdrowia. Cały kraj został podzielony na rejony zapobiegawczo-lecznicze, które wyznaczają terenowy zasięg działania danej instytucji służby zdrowia. Odpowiednie społeczne zakłady służby zdrowia obejmują swym zakresem nie tylko stan zdrowotny ludności, ale również jego warunki zdrowotne (stan sanitarny rejonu i obwodu). Ludność zamieszkała na terenie rejonu zapobiegawczo-leczniczego korzysta ze świadczeń zdrowotnych lekarzy zatrudnionych w poradniach podstawowej opieki zdrowotnej.

Właściwe zakłady społeczne służby zdrowia zapewniają osobom zamieszkałym lub zatrudnionym:

a) na obszarze rejonu — opiekę zdrowotną podstawową, obejmującą działalność zapobiegawczą i indywidualne świadczenia w dziedzinie medycyny ogólnej, pediatrii, położnictwa i ginekologii oraz stomatologii;

b) na obszarze ZOZ-u — opiekę zdrowotną specjalistyczną, obejmującą działalność zapobiegawczą i indywidualne świadczenia w innych dziedzinach medycyny.

Zasada rejonizacji sprowadza się — w sensie organizacyjnym — do wyznaczenia zasięgów geograficznych oraz liczby ludności dla podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej: rejon wyznacza zasięg podstawowych świadczeń zdrowotnych, a ZOZ — świadczeń specjalistycznych, łącznie z leczeniem specjalistycznym i pomocą doraźną, przestrzega się przy tym następujących zasad:

— Rejon wiejski powinien liczyć 6—24 tysiące ludności, a odcinek w rejonie 3 tysiące ludności*. Opiekę zdrowotną dla ludności rejonu wiejskiego sprawuje lekarz mający przygotowanie z zakresu medycyny ogólnej oraz lekarz stomatolog.

Rejon wiejski powinien obejmować teren gminy. W przypadkach, w których gęstość zaludnienia danego obszaru jest taka, że promień zasięgu rejonu przekraczałby 5—7 km, liczba ludności rejonu wiejskiego może być mniejsza niż 3 tysiące. Liczba ta może być mniejsza również wtedy, gdy dostęp do zakładu opieki zdrowotnej jest utrudniony szczególnymi warunkami terenowymi;

— Rejon miejski powinien liczyć 6—24 tysiące ludności, a odcinek w rejonie 3—4 tysiące ludności*. Opiekę zdrowotną dla ludności rejonów miejskich zapewniają:

a) w miastach będących siedzibą organów stopnia wojewódzkiego — odpowiednio lekarze mający przygotowanie w dziedzinie chorób wewnętrznych lub medycyny ogólnej, pediatrii, położnictwa i ginekologii oraz lekarz stomatolog;

b) w pozostałych miastach i osiedlach — w razie braku warunków do zapewnienia świadczeń lekarzy mających przygotowanie w dziedzinie pediatrii oraz położnictwa i ginekologii — lekarz mający przygotowanie w dziedzinie medycyny ogólnej.

* W programie usprawniania poz na lata 1982—1985, przyjętym przez Prezydium Rządu w dn. 18 XII 1981 r., rejon profilaktyczno-leczniczy powinien obejmować 2—2,5 tys. osób faktycznie korzystających z opieki.

Sprawowanie opieki zdrowotnej na zasadzie rejonizacji pozwala lekarzowi rejonowemu na poznanie stanu zdrowotnego ludności i jej warunków środowiskowych oraz umożliwia oddziaływanie na stan zdrowotny ludności przez prowadzenie zespołowej, systematycznej opieki, wykonywanej w sposób czynny w stosunku do poszczególnych osób (grup osób) i ich środowisk.

Podział terenu na rejony jest także podstawą dla:

— ustalenia sieci poradni opieki podstawowej w mieście oraz sieci ośrodków zdrowia na wsi;

— opracowania szczegółowego planu zatrudnienia lekarzy i średniego personelu medycznego.

Ustaliła się w praktyce reguła, według której na jeden rejon zapobiegawczy zatrudnia się 1 lekarza ogólnego (lub internistę) oraz 1 lekarza stomatologa, na 2 rejony — 1 lekarza pediatrę, na 3 rejony — 1 lekarza ze specjalizacją w dziedzinie ginekologii i położnictwa. Zgodnie z tą regułą, aby zapewnić — dla przykładu — opiekę nad ludnością 12 rejonów zapobiegawczo-leczniczych potrzeba:

12 lekarzy ogólnych (lub internistów);
6 lekarzy pediatrów;
4 lekarzy ze specjalizacją z ginekologii i położnictwa;
12 lekarzy stomatologów.

Nie należy oczywiście traktować tej reguły jako bezwzględnej. Można nią kierować się tylko wtedy, gdy chodzi o rejony przeciętne pod względem demograficznym (tzn. takie, których struktura ludności według wieku i płci odpowiada strukturom przeciętnym). Wiadomo jednak, że w wielu rejonach kraju tak nie jest. Często różnią się pod tym względem także dzielnice wielkich miast. Na przykład w Łodzi, w dzielnicy Łódź-Górna (180 000 mieszkańców) ludność jest przeciętnie młodsza niż w dzielnicy Łódź-Śródmieście. O wielkości demograficznej i zasięgu przestrzennym rejonu decyduje właściwy terenowy wydział zdrowia i opieki społecznej urzędu wojewódzkiego.

ORGANIZACJA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Przychodnia rejonowa. W strukturze organizacyjnej ZOZ-u w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej najważniejszą rolę odgrywają przychodnie rejonowe i ośrodki zdrowia.

Przychodnie rejonowe prowadzą działalność obejmującą zadania I fazy profilaktyki oraz indywidualne świadczenia diagnostyczno-lecznicze dla mieszkańców rejonów zapobiegawczo-leczniczych w zakresie: medycyny ogólnej, pediatrii, ginekologii i położnictwa, stomatologii.

Wynikające stąd zadania obejmują:

a) bieżące udzielanie indywidualnych świadczeń leczniczych, tj. przyjęcia ambulatoryjne i wizyty domowe z zachowaniem ciągłości opieki,

b) prowadzenie czynnego poradnictwa,

c) sprawowanie systematycznej opieki nad obłożnie chorymi,

d) wykonywanie prac z zakresu profilaktyki, zmierzających do poprawy stanu higienicznego środowiska naturalno-technicznego oraz podnoszenia poziomu kultury zdrowotnej mieszkańców rejonów zapobiegawczo-leczniczych.

Świadczenia indywidualne obejmują również realizację zadań typu opieki medyczno-społecznej w przypadkach głębokiego upośledzenia fizycznego bądź psychicznego.

Realizacja tych zadań wymaga ścisłej współpracy między lekarzem rejonowym a pielęgniarką środowiskową, pracownikiem socjalnym i terenowym opiekunem społecznym.

Przychodnia rejonowa jest komórką organizacyjną podstawowej opieki zdrowotnej, złożoną z następujących poradni (ryciny 11 i 12):

a) poradni ogólnych,

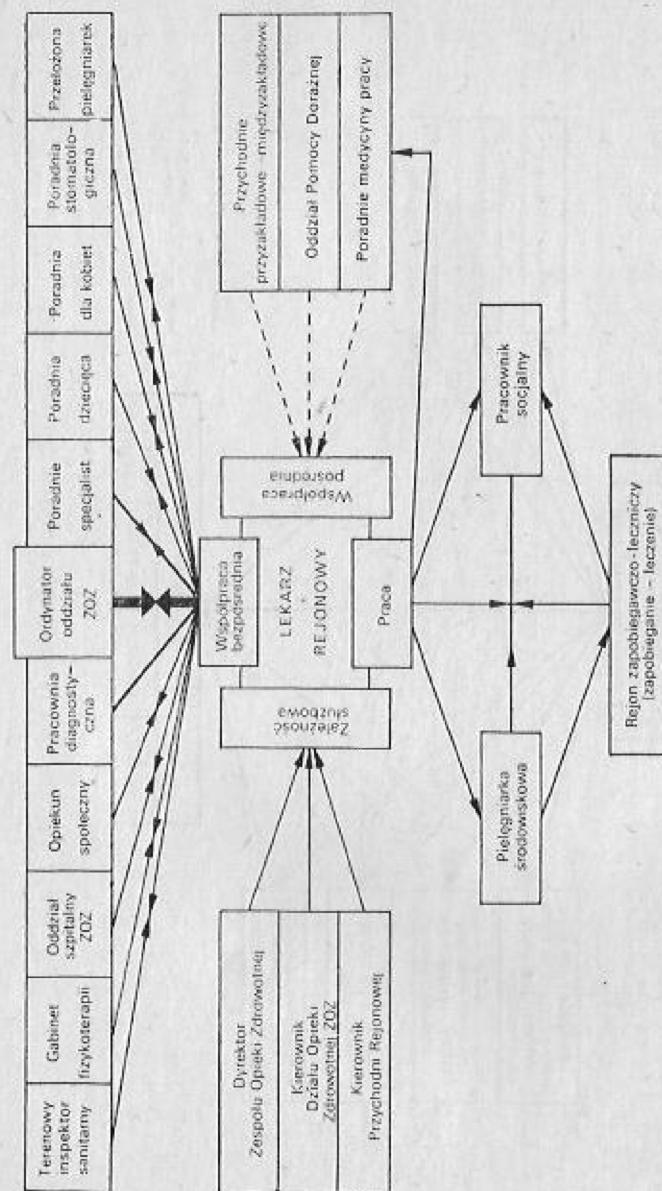
b) poradni dla dzieci,

c) poradni dla kobiet,

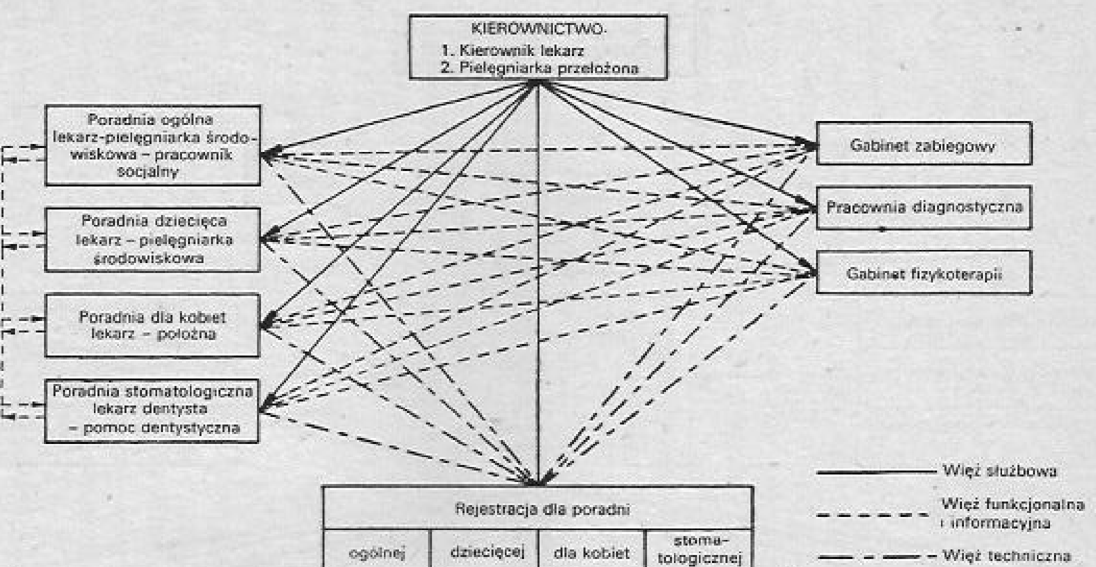
d) poradni stomatologicznych.

W przychodniach rejonowych w zależności od warunków lokalowych mogą występować dodatkowe komórki organizacyjne, takie jak gabinet fizykoterapii lub pracownie analityczne. Komórki organizacyjne przychodni rejonowej są powiązane organizacyjnie (służbowo i funkcjonalnie) z wieloma innymi komórkami organizacyjnymi (ryc. 13).

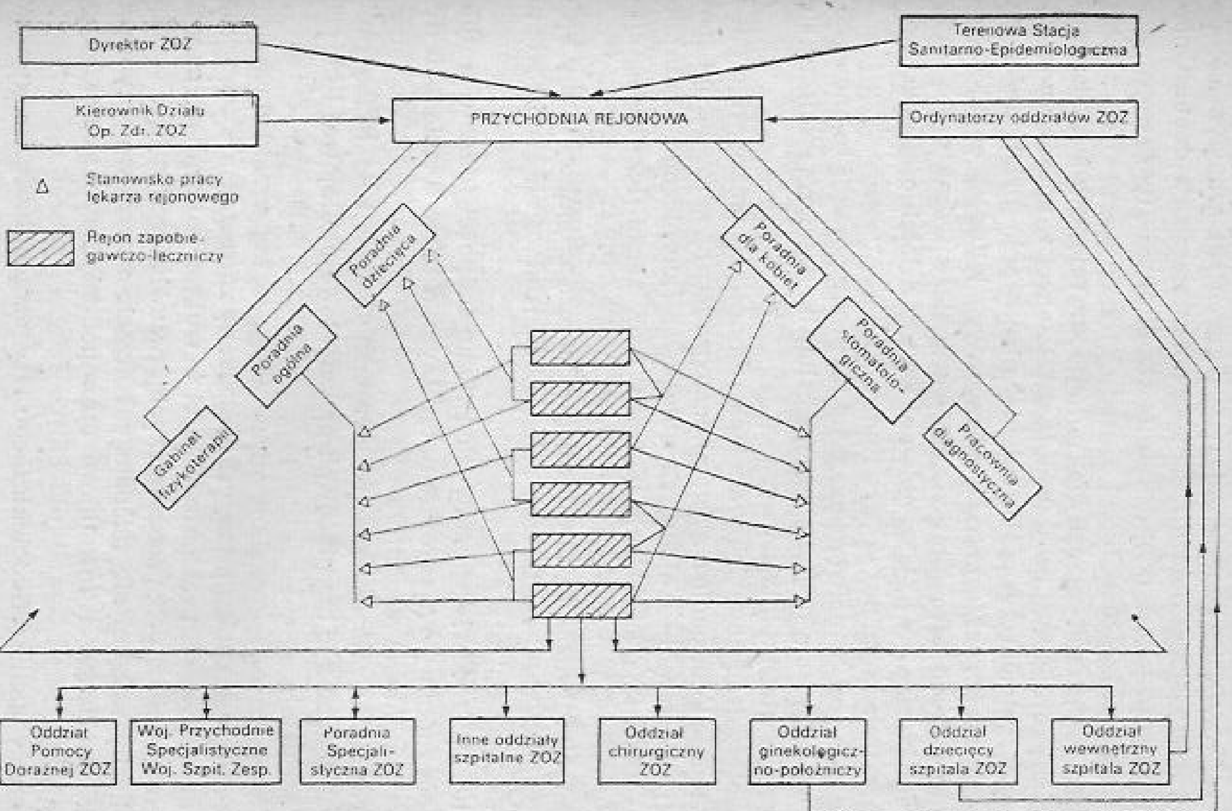
R e j o n o w e p o r a d n i e o g ó l n e. Sprawowana przez rejonowe poradnie ogólne w mieście opieka zdrowotna obejmuje ludność dorosłą i polega zarówno na działalności zapobiegawczej (mającej na celu polepszenie stanu zdrowotnego i warunków sanitar-



Ryc. 11. Schemat powiązań organizacyjnych lekarza rejonowego.



Ryc. 12. Struktura organizacyjna przychodni rejonowej.



Ryc. 13. Schemat organizacyjny przychodni rejonowej.

no-higienicznych środowiska), jak i na udzielaniu indywidualnych świadczeń profilaktyczno-leczniczych osobom zgłaszającym się do poradni oraz osobom obłożnie chorym pozostającym w domu. Opiekę tę sprawuje lekarz ogólny lub lekarz internista (nazywany także lekarzem rejonowym).

Zasada rejonizacji umożliwia poradniom rejonowym podstawowej opieki zdrowotnej prowadzenie działalności w sposób uporządkowany i systematyczny. Umożliwia planowanie działalności na podstawie rozpoznania potrzeb zdrowotnych ludności rejonu. Rozeznanie potrzeb zdrowotnych jest warunkiem wdrażania zasady czynnego poradnictwa, jako głównej zasady działalności podstawowej opieki zdrowotnej.

Zasada ta jest przeciwieństwem takiej pracy poradni rejonowych, która ogranicza się do świadczenia usług ludności zgłaszającej się po poradę z własnej inicjatywy.

Zespoły zatrudnione w poradniach rejonowych muszą więc mieć odpowiednie informacje o sytuacji demograficznej, zdrowotnej i społecznej na terenie rejonu zapobiegawczo-leczniczego. Informacje te ułatwiają określenie potrzeb oraz zasad ich zaspokajania.

Szczególnie ważne są tu informacje dotyczące ogólnej liczby ludności zamieszkałej na terenie rejonu z podziałem na grupy wieku i płci:

— liczby środowisk domowych i ruchu ludności (dane o liczbie urodzeń, zgonów, o przyroście naturalnym, a także o zmianach dynamiki zaludnienia rejonu);

— rodzajów zatrudnienia (ze zwróceniem uwagi na liczbę osób korzystających z usług placówek przemysłowej, kolejowej i innych służb zdrowia);

— warunków pracy i stanu zdrowotnego załóg w zakładach pracy nie objętych opieką przemysłowej służby zdrowia;

— chorobowości i zachorowalności w wybranych grupach chorób (zwłaszcza zakaźnych, pasożytniczych i przewlekłych);

— liczby uczącej się młodzieży i dzieci, zawodowo czynnych kobiet, rencistów i inwalidów oraz podopiecznych opieki społecznej;

— stanu sanitarno-higienicznego (w szczególności warunków mieszkaniowych, czystości ulic, placów, podwórek, klatek schodowych itp.), zaopatrzenia w wodę, usuwania nieczystości, warunków sanitarnych w placówkach handlu artykułami spożywczymi, zakładach żywienia itp.

Źródłami informacji mogą tu być dane zawarte w kartach chorobowych, bieżące kontakty z pacjentami, wywiady środowiskowe prowadzone przez pielęgniarkę lub pracownika socjalnego, dane uzyskane ze stacji sanitarno-epidemiologicznej lub innych działów ZOZ-u. Informacje o rozprzestrzenianiu się niektórych chorób wśród mieszkańców rejonu zapobiegawczo-leczniczego można uzyskać również za pomocą prostych metod badań przeglądowych (screening).

Program badań przeglądowych rozkłada się zwykle na cały rok. W tym bowiem czasie średnio 60—80% wszystkich dorosłych mieszkańców rejonu zgłasza się spontanicznie przynajmniej raz do poradni ogólnej. Odpowiednio prowadzona informacja wyjaśniająca cel badań (prowadzona w gabinecie lekarskim oraz w czasie wizyt pielęgniarek środowiskowych) musi tę zgłaszalność jeszcze zwiększyć.

Metoda czynnego poradnictwa i dyspanseryzacji wynika z ustaleń osiągniętych na drodze badań socjomedycznych nad wykorzystaniem opieki zdrowotnej. Wiadomo, że zachowanie zdrowotne ludzi jest wyznaczone przez ich poziom kultury zdrowotnej (zależy przede wszystkim od poziomu wiedzy z zakresu ochrony zdrowia) i jest związane z zapotrzebowaniem na opiekę medyczną. Jeżeli zapotrzebowanie na opiekę medyczną przejawia się w postaci zgłaszalności do przychodni i szpitali, pogotowia ratunkowego lub lekarza rejonowego, to mówimy o zapotrzebowaniu wyrażonym.

Badania socjomedyczne wykazują, że w każdym społeczeństwie jest dość znaczny odsetek ludzi, którzy nie korzystają z opieki zdrowotnej w sposób racjonalny i systematyczny, mimo że ich stan zdrowia tego wymaga. Fakty te przesądzają o konieczności stosowania metody czynnego poradnictwa i dyspanseryzacji. Metoda ta polega na czynnej opiece w stosunku do osób zagrożonych lub chorujących na pewne choroby, na czynnej kontroli ich stanu zdrowia (kontroli z inicjatywy poradni) oraz na systematycznym udzielaniu im pomocy lekarskiej.

Nie tylko choroby o dłuższym okresie trwania lub utrwalone stany chorobowe wymagają ciągłego postępowania leczniczego lub usprawniającego. Także liczne przypadki chorób przebiegających ostro wymagają, dla zapobiegania powikłaniom, ograniczenia ich wpływu na organizm i skrócenia czasu trwania, stosowania planowego leczenia opartego na badaniach kontrolnych, prowadzonych w ustalonych terminach.

Podstawą czynnego poradnictwa jest wydzielanie grup chorych wymagających systematycznej, czynnej opieki zdrowotnej. Czynnym poradnictwem obejmuje się również pewne grupy ludzi zdrowych, zwłaszcza te, u których istnieją zwiększone szanse zachorowania (dzieci, ucząca się młodzież, młodociani zatrudnieni w przemyśle, kobiety w ciąży, osoby narażone na szkodliwe warunki otoczenia itp.).

Jeżeli chodzi o choroby, to dyspanseryzacją powinny być objęte przede wszystkim te jednostki chorobowe, w których systematyczność postępowania lekarskiego jest szczególnie ważna, oraz te, których skutki społeczne są szczególnie doniosłe.

Wymienimy tu trzy grupy stanów chorobowych, które wymagają postępowania metodą czynnego poradnictwa i dyspanseryzacji w ogólnej poradni rejonowej (wg M. Miśkiewicza):

1. Choroby, które wymagają bezwzględnej dyspanseryzacji:
   a) gruźlica,
   b) nadciśnienie tętnicze I i II okresu,
   c) stan po ostrej chorobie reumatycznej,
   d) choroba wieńcowa,
   e) stan po zawale serca,
   f) choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy.
2. Choroby, które w miarę możliwości powinny być objęte dyspanseryzacją:
   a) cukrzyca,
   b) dychawica oskrzelowa,
   c) stan po wirusowym zapaleniu wątroby,
   d) odmiedniczkowe zapalenie nerek,
   e) przewlekły nieżyt oskrzeli i rozedma płuc.
3. Inne choroby wymagające dyspanseryzacji:
   a) choroby tętniczych naczyń obwodowych,

   b) stan po leczeniu operacyjnym choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy,
   c) przewlekłe zapalenie kości,
   d) jaskra,
   e) jaglica,
   f) twardziel,
   g) zespół Ménière'a,
   h) upośledzenie słuchu u osób pracujących w hałasie,
   i) otoskleroza,
   j) stany przedrakowe krtani (leukoplakia, pachydermia, brodawczaki).

Skuteczność postępowania metodą czynnego poradnictwa wymaga:

— ustalenia konkretnego planu postępowania zapobiegawczo-leczniczego,

— przeprowadzenia w ustalonych terminach badań kontrolnych podstawowych i specjalistycznych,

— konsekwentnego stosowania środków leczniczych i rehabilitacyjnych.

W czasie obserwacji chorego oraz stosowania środków leczniczych należy systematycznie kontrolować warunki środowiskowe pacjenta objętego dyspanseryzacją. Konieczne jest poznanie warunków w miejscu zamieszkania i pracy chorego (rodzaj zatrudnienia, miejsce i czas pracy, warunki domowe, tryb życia, sposób odżywiania się itp.) oraz czynne przeciwdziałanie tym czynnikom, które odznaczają się szkodliwym wpływem na zdrowie.

Metoda czynnego poradnictwa jest sposobem postępowania właściwym dla działalności każdej poradni podstawowej opieki zdrowotnej. Nie oznacza to, że poradnie specjalistyczne nie mogą jej stosować. Powinny one współpracować z poradniami rejonowymi w wykrywaniu chorób dyspanseryjnych oraz ustalaniu zasad postępowania leczniczego i rehabilitacyjnego.

Lekarz rejonowy powinien objąć dyspanseryzacją wszystkie osoby chore na choroby grupy 1. Liczba chorych na te choroby nie przekracza na ogół 80—120 osób na terenie jednego rejonu profilaktyczno-leczniczego.

Chorym objętym dyspanseryzacją należy zapewnić łatwą i bezpośrednią dostępność do lekarza w określonym dniu lub dniach ty-

godnia. Należy także zapewnić możliwość konsultacji specjalistycznych oraz wykonania badań diagnostycznych. Chorzy powinni być badani w określonych terminach. Terminarz badań powinien być tak ustalony, aby chory w wyznaczonym dniu mógł być zawsze przyjęty przez lekarza.

Dokumentację chorego prowadzi się na zwykle używanej karcie historii choroby. Dla chorych objętych dyspanseryzacją powinna być prowadzona ewidencja w podziale na grupy dyspanseryjne. Ewidencja powinna zawierać nazwisko oraz wykaz odbytych i planowanych badań kontrolnych chorego.

Poradnie K stanowią składową część przychodni rejonowych i odpowiadają za stan zdrowia kobiet zamieszkałych w obrębie przydzielonego rejonu. System rejonizacji — oparty na takich samych założeniach jak w poradniach ogólnych — daje i tutaj możność lekarzowi i położnej poznania swego terenu, zapoznania się z warunkami bytu i pracy kobiet ciężarnych oraz kobiet chorych na choroby ginekologiczne. Ułatwia to dokładne analizowanie wyników pracy lekarza poradni K.

Czynne poradnictwo wyraża się walką z zachorowalnością, opartą na zasadzie prowadzenia systematycznej kontroli stanu zdrowia ciężarnych, położnic, noworodków, kobiet zatrudnionych w pewnych kategoriach przemysłu, z wykrytymi nadżerkami części pochwowej, na otoczenie specjalną opieką przypadków ciąży powikłanej, raka narządów rodnych itp. Warunkiem sprawnej realizacji zadań z zakresu opieki nad matką i dzieckiem jest właściwie zorganizowana współpraca między poradnią K a poradnią dla dzieci oraz poradniami specjalistycznymi.

Do podstawowych zadań poradni K należy:

a) wszechstronna opieka higieniczno-lecznicza nad kobietą w czasie ciąży i połogu;

b) objęcie systematyczną opieką profilaktyczno-położniczą wszystkich kobiet ciężarnych, i to od najwcześniejszych miesięcy ciąży;

c) zapewnienie wszystkim kobietom rodzącym fachowej pomocy medycznej;

d) zapewnienie wczesnego leczenia szpitalnego we wszystkich przypadkach patologii ciąży;

e) sprawowanie opieki domowej nad położnicą i noworodkiem do 6 tygodni po porodzie (dalszą opiekę nad niemowlęciem przejmuje poradnia dla dzieci);

f) prowadzenie szkolenia matek w zagadnieniach opieki nad niemowlęciem i małym dzieckiem w tzw. szkole matek,

g) zapobieganie chorobom narządu rodnego,

h) leczenie kobiet z chorobami narządu rodnego,

i) propagowanie oświaty zdrowotnej, w tym zagadnień świadomego macierzyństwa.

W okresie ciąży kobieta powinna odwiedzić poradnię 10—12 razy, przy czym pierwsza wizyta powinna nastąpić między 2 a 3 miesiącem ciąży, a następne w drugiej połowie ciąży. Poczynając od 20 tygodnia ciąży kobieta powinna przychodzić do poradni K regularnie co miesiąc. W czasie pierwszego badania zbiera się dokładny wywiad, zleca konieczne badania specjalistyczne, przeprowadza się badania pomocnicze. Podczas każdej wizyty w poradni mierzy się u kobiet ciężarnych ciśnienie tętnicze, kieruje się na kolejne badania moczu oraz inne badania laboratoryjne, które są konieczne dla oceny stanu zdrowia. Każda kobieta ciężarna powinna być zbadana przez internistę i powinna mieć skontrolowany stan uzębienia przez stomatologa.

Pożądane jest, jakkolwiek nie zawsze osiągalne, aby kobieta ciężarna wizytowana była przez położną w domu, szczególnie w przypadku trudnych warunków bytowych i higienicznych. W czasie ostatniej wizyty kobiety ciężarnej w poradni lekarz daje kartę informacyjną o przebiegu ciąży i stanie zdrowia ciężarnej oraz skierowanie do szpitala. Należy dążyć do tego, aby wszystkie porody odbywały się w szpitalu.

Poradnia K przekazuje do poradni dla dzieci adresy wszystkich kobiet ciężarnych od 8 miesiąca ciąży, z zaznaczeniem, dokąd skierowano ciężarną na odbycie porodu. Po upływie 6 tygodni po porodzie kobieta powinna zgłosić się do poradni K na kontrolne badanie lekarskie.

Zadaniem poradni K jest również udzielanie świadczeń zapobiegawczo-leczniczych kobietom z chorobami ginekologicznymi. Szczególną uwagę zwraca się na wykrywanie i leczenie rzęsistka pochwowego, rzeżączki oraz wczesnych postaci raka.

Przy każdej poradni K organizuje się poradnię świadomego macierzyństwa, w której kobiety uczą się, jak należy postępować, by w rodzinie nie było dzieci „niepotrzebnie urodzonych", bez uciekania się do sztucznych poronień.

P o r a d n i a d l a d z i e c i wchodzi w skład przychodni rejonowej. Rejon pediatryczny nie powinien liczyć więcej niż 1500 dzieci. Poradnia dla dzieci dzieli się na poradnię dziecka zdrowego (pion profilaktyczny) i poradnię dziecka chorego (pion leczniczy). Obie poradnie stanowią funkcjonalną całość. Starszy pediatra (kierownik zespołu obu poradni) koordynuje ich współdziałanie. Jest on przełożonym wszystkich lekarzy zatrudnionych w poradni dziecięcej.

Poradnia dla dzieci obejmuje opieką profilaktyczną dzieci i młodzież, które mieszkają stale lub czasowo na podległym jej terenie. Do zadań poradni należy zapewnienie wszelkich świadczeń profilaktycznych, począwszy od okresu noworodkowego.

Zespół pracowniczy poradni dla dzieci dla jednego rejonu pediatrycznego składa się z lekarza pediatry oraz 1 lub 2 pielęgniarek. Lekarz kieruje pracą pielęgniarki. Odpowiada on za stan zdrowia, rozwój fizyczny i psychiczny dzieci urodzonych i zamieszkałych na terenie podlegającym poradni. Poradnia D musi ściśle współpracować z poradnią K, z której otrzymuje meldunki o każdym dziecku urodzonym w domu lub szpitalu. Ponadto poradnia D musi współpracować ze stacją sanitarno-epidemiologiczną w celu wzajemnego informowania się o stanie sanitarnym i epidemiologicznym rejonu, a także z poradnią przeciwgruźliczą i innymi poradniami specjalistycznymi, skąd można uzyskać informacje ważne dla oceny warunków zdrowotnych środowiska.

Poradnia jest zobowiązana do czynnego poradnictwa, opierając się na grupach dyspanseryjnych obejmujących: niedobory wagowe, krzywicę, dzieci ze środowisk zaniedbanych, dzieci alkoholików, dzieci ze skazą alergiczną, bliźnięta i wcześniaki.

Jednym z podstawowych zadań poradni jest również wykonywanie szczepień ochronnych. Organizuje się w tym celu tzw. punkt szczepień.

Systematyczne badanie rozwoju fizycznego i psychomotorycznego dziecka powinno obejmować w każdym roku życia do 12 badań lekarskich, z tym że największy nacisk i najczęstsze kontrole powinny dotyczyć dziecka najmłodszego. W ciągu pierwszego roku powinno badać się: przynajmniej co 2 tygodnie w ciągu pierwszych 3 miesięcy życia, co miesiąc — do 6 miesiąca życia, 1 raz na 6 tygodni — do końca roku. W drugim roku życia lekarz powinien kontrolować dziecko raz w kwartale, od 3 roku życia raz na pół roku.

Drugim elementem strukturalnym przychodni dziecięcej jest poradnia dzieci chorych. Opiekę nad dzieckiem chorym sprawuje ten sam lekarz, który prowadzi je, kiedy jest zdrowe. Poradnia ta powinna być w tym samym budynku co poradnia dziecka zdrowego, jednak musi mieć osobne wejście z filtrem (tzn. z osobnym pomieszczeniem, gdzie zgłaszające się dzieci kontroluje pielęgniarka). Dobrze zorganizowany filtr zapobiega możliwościom wzajemnego zakażenia się dzieci. Poradnia udziela porad lekarskich i wykonuje zabiegi pielęgniarskie w poradni i w domu chorego dziecka.

Istnieje zasadnicza tendencja do ograniczania do minimum wizyt ambulatoryjnych, a rozszerzania porad chorym dzieciom w domu. Zasada ta obowiązuje przede wszystkim w stosunku do dzieci do 1 roku życia.

Lekarz poradni musi prowadzić bardzo dokładną dokumentację obejmującą nie tylko określenie stanu obecnego, ale również dane z wywiadu oraz informację o zastosowanym leczeniu.

Poradnia dzieci chorych obejmuje czynnym poradnictwem następujące grupy dyspanseryjne: dzieci z kontaktów gruźliczych, choroby krwi, wrodzone wady serca, chorobę reumatyczną, astmę oskrzelową, choroby układu moczowego oraz zachorowania psychoneurologiczne.

W razie stwierdzenia choroby zakaźnej obowiązuje zgłoszenie przypadku do stacji sanitarno-epidemiologicznej i wszczęcie właściwego postępowania przeciwepidemicznego.

Na podstawie posiadanej dokumentacji lekarskiej, rozpoznania pielęgniarek środowiskowych, pracowników socjalnych oraz terenowych opiekunów społecznych lekarz pediatra może ustalić te środowiska rodzinne, które wymagają szczególnej opieki medyczno-społecznej.

W przypadkach trudnych pod względem diagnostycznym lub terapeutycznym lekarz poradni dzieci chorych uzyskuje pomoc konsultacyjną od innych specjalistów lub kieruje dziecko do szpitala.

Istnieją 2 rodzaje specjalistycznych poradni dziecięcych:

1) gabinety specjalne w ramach struktury organizacyjnej ZOZ-u (w dziedzinach laryngologii, chirurgii, okulistyki i dermatologii);

2) poradnie konsultacyjne, organizacyjnie podległe wojewódzkiej przychodni matki i dziecka; w poradniach tych zatrudniani są wysoko kwalifikowani specjaliści, którzy mają takie gabinety, jak: kardiologiczny, reumatologiczny, przeciwastmatyczny, dermatologiczny, parazytologiczny, foniatryczny, psychoneurologiczny, otolaryngologiczny, ortopedyczny, okulistyczny itp.

W poradniach specjalistycznych obu typów przyjmowane są dzieci na ogólnie przyjętych zasadach, na podstawie skierowań lekarzy rejonowych lub lekarzy specjalistów. Poradnie specjalistyczne są uprawnione do kierowania dzieci na leczenie sanatoryjne w okresie rekonwalescencji, do uzdrowisk dziecięcych wytypowanych przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej.

P o r a d n i a   s t o m a t o l o g i c z n a jest następną komórką organizacyjną, wchodzącą w skład przychodni rejonowej. Rejonowy lekarz stomatolog obejmuje opieką rejon liczący 3—4 tysiące ludności i jest zatrudniony w wymiarze 7 godzin dziennie (1 etat).

Do obowiązków jego należy:

a) działalność profilaktyczna zmierzająca do zmniejszenia zachorowalności na choroby zębów i jamy ustnej (szczególnie próchnicy) u powierzonej jego opiece ludności;

b) udzielanie pomocy leczniczej w zakresie stomatologii zachowawczej i ortodoncji, w zakresie małej chirurgii stomatologicznej i przygotowania jamy ustnej do protezowania.

Rejonowy lekarz stomatolog ma obowiązek konsultowania z lekarzami specjalistami przypadków chorobowych trudniejszych pod względem rozpoznawczym lub leczniczym oraz obowiązek współpracy z lekarzami rejonowymi poradni ogólnej, poradni K i poradni dla dzieci w zakresie profilaktyczno-leczniczym.

Lekarz stomatolog wykonuje swoją pracę profilaktyczno-leczniczą przy współudziale pracownika zatrudnionego w charakterze pomocy dentystycznej.

W tab. 25 przedstawiono liczby porad udzielonych przez lekarzy w różnych zakładach opieki zdrowotnej w latach 1960—1978.

T a b e l a 25

Porady ambulatoryjne udzielone w latach 1960—1978*

Wyszczególnienie	1960	1970	1975	1978
Ogółem	132 576	202 257	264 229	277 929
Przychodnie i punkty zdrowia w miastach,	119 873	176 322	223 846	236 906
w tym:				
lecznictwo podstawowe**	43 275	70 250	87 333	90 407
poradnie: ogólne	26 885	35 026	44 633	44 466
dla dzieci	11 677	27 806	34 819	37 798
dla kobiet	4 723	7 418	7 881	8 143
lecznictwo specjalistyczne,**	29 493	42 263	52 601	55 678
w tym poradnie:				
chirurgiczne***	6 204	8 793	14 298	15 162
przeciwgruźlicze	5 538	4 985	4 331	4 161
skórno-wenerologiczne	3 255	4 436	5 264	5 532
laryngologiczne	3 363	4 821	6 268	6 376
okulistyczne	3 610	5 501	6 941	7 070
zdrowia psychicznego	600	1 495	1 901	2 050
odwykowe	315	323	412	428
poradnie stomatologiczne:**	22 522	22 508	29 972	31 386
działalności podstawowej	22 522	22 430	27 970	29 026
chirurgii stomatologicznej i szczękowej	—	78	2 002	2 360
Ośrodki i punkty zdrowia na wsi	12 703	25 935	40 383	41 023
Ogółem (na 1 mieszkańca)	4,5	6,2	7,8	7,9
Przychodnie i punkty zdrowia w miastach	8,5	10,4	11,9	11,7
Ośrodki i punkty zdrowia na wsi****	0,8	1,6	2,7	2,8

* Udzielone przez lekarzy i lekarzy stomatologów, łącznie z badaniami profilaktycznymi w 1960 r. — bez porad w placówkach oświatowo-wychowawczych.

** Bez porad w przychodniach przemysłowej służby zdrowia i w przychodniach akademickich (w 1978 r. 52 454 porady) oraz w przychodniach spółdzielczych i prywatnych (w 1978 r. 6981 porad).

*** Od 1975 r. łącznie z poradami w poradniach urologicznych i urazowo-ortopedycznych.

**** Łącznie z poradami w ruchomych ambulansach lecznictwa ogólnego i ambulansach stomatologicznych. W latach 1960 i 1970 — bez badań profilaktycznych.

Tabela 26

Zakłady ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (stan 31 XII)

Lata	Przychodnie* ogółem	w tym: przemysłowej służby zdrowia	w tym: spółdzielcze i prywatne	Ośrodki zdrowia	Punkty zdrowia**	Punkty położnicze	Pracownie stomatologiczne	Ambulanse stomatologiczne	Oddziały pomocy doraźnej	Stacje pogotowia ratunkowego
1960	4625	2172***	191	1394	2378	2880	287	136	—	405
1970	5566	2351	426	2508	1527	2097	455	119	—	442
1975	5724	2656	376	3085	816	2144	530	51	387	52
1976	5824	2645	372	3130	732	2214	529	38	388	50
1977	5880	2644	397	3167	666	2253	541	83	388	50
1978	5936	2662	407	3182	603	2355	543	70	395	49
1979	5803	2517	402	3205		2426				
1980	5863	2515	412	3217		2499				

* W latach 1960 i 1970 łącznie z ośrodkami zdrowia w miastach.

** W latach 1960 i 1970 lekarskie, felczerskie i pielęgniarskie; od 1975 roku lekarskie na wsi oraz felczerskie i pielęgniarskie przemysłowej służby zdrowia.

*** Wszystkie przychodnie przy zakładach pracy.

Źródło: 1. Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1979. 2. Mały Rocznik Statystyczny GUS 1981.

Ogólna liczba porad lekarskich udzielonych w roku 1978 przekroczyła 277 milionów, co oznacza, że przeciętnie każdy mieszkaniec kraju 8-krotnie w ciągu roku korzysta z porady ambulatoryjnej.

6. STACJONARNA OPIEKA ZDROWOTNA

Dla lecznictwa stacjonarnego w okresie międzywojennym podstawowe znaczenie miała ustawa z roku 1928 o zakładach leczniczych. Określała ona wewnętrzną organizację szpitali, ich prawa oraz nakładała na powiatowe związki komunalne i miasta obowiązek zakładania i utrzymywania szpitali. Rozwój szpitalnictwa nie nadążał jednak za potrzebami zdrowotnymi ludności, a brak uprawnień większości społeczeństwa do bezpłatnej opieki szpitalnej ograniczał dodatkowo możliwość wykorzystania szpitali dla potrzeb leczniczych.

W roku 1939 liczba szpitali w Polsce wynosiła 677, a liczba łóżek szpitalnych około 75 000. Wskaźnik łóżek szpitalnych był bardzo niski i wynosił 2,17 na 1000 mieszkańców.

W rozmieszczeniu łóżek szpitalnych występowały duże dysproporcje. Największy wskaźnik łóżek w przeliczeniu na 1000 mieszkańców występował w Warszawie i na Śląsku (około 5,8), w łódzkim okręgu włókienniczym wynosił 1,5, a w województwach wschodnich osiągał zaledwie 0,5—0,7. W Europie niższy wskaźnik łóżek szpitalnych miały jedynie Bułgaria, Grecja i Jugosławia.

Według stanu z roku 1935 — sektor samorządowy miał 42%, państwowy 10,7%, ubezpieczalniany 31,3%, a prywatny i kongregacyjny 16% ogólnej liczby łóżek szpitalnych. Zaopatrzenie ludności w łóżka szpitalne pokrywało tylko część właściwych potrzeb. Szpitale w okresie międzywojennym miały duże trudności natury prawnej i gospodarczej. Wobec znikomych dotacji państwa w celu zapewnienia samorządom środków finansowych do prowadzenia szpitali wprowadzono 3 klasy opłat za łóżka. Zarządzenie to pozbawiło większość ludności możliwości korzystania ze szpitala.

Przy ograniczonym zabezpieczeniu ludności w łóżka szpitalne były one wykorzystane przez chorych nie więcej niż w 60%. Szczególnie niski był odsetek wykorzystania łóżek położniczych i zakaź-

nych, nawet bowiem i w tym zakresie obowiązywała odpłatność za pobyt w szpitalu.

W okresie okupacji hitlerowskiej szpitalnictwo polskie poniosło znaczne straty. Dewastacji uległo około 80% stanu majątku szpitali z roku 1939. Zniszczono lub zagrabiono m.in. 975 aparatów rentgenowskich, 171 laboratoriów oraz 42 000 łóżek szpitalnych, 25% szpitali uległo całkowitemu zniszczeniu (szczególnie w Polsce środkowej i wschodniej). Wpłynęło to na znaczne pogorszenie i tak już złego stanu szpitalnictwa przedwojennego.

W Polsce Ludowej ochrona zdrowia ludności stała się przedmiotem troski państwa, co znalazło swe odzwierciedlenie w podjęciu odbudowy zdewastowanych instytucji opieki zdrowotnej.

Dzięki pomocy państwa, wysiłkom organizacyjnym Ministerstwa Zdrowia i wydatnej pomocy ze strony państw sprzymierzonych oraz organizacji międzynarodowych (UNRRA, Czerwony Krzyż itp.) szpitalnictwo nasze dźwigało się z upadku. W pierwszym okresie rozbudowy (1944—1946) rozwój szpitalnictwa był uwarunkowany ogólną sytuacją sanitarno-epidemiologiczną kraju. Przemarsz wojsk i ruchy migracyjne ludności spowodowały wzrost zachorowań na choroby zakaźne. W tej sytuacji zwiększono liczbę łóżek dla chorych zakaźnie oraz znowelizowano ustawę o przymusowej hospitalizacji ostrych chorób zakaźnych, wprowadzając bezpłatne leczenie szpitalne w tych przypadkach (Dekret z 14 V 1946 r.). Po 1946 roku szpitale zakaźne zamieniano stopniowo w szpitale ogólne albo specjalistyczne. W tym czasie występował jeszcze wielosektorowy, przedwojenny model lecznictwa. Szpitale były utrzymywane i zarządzane przez państwo, Ubezpieczalnię Społeczną, osoby prywatne itd. Dopiero ustawa z 28 X 1948 r. (o społecznych zakładach służby zdrowia) umożliwiła przejęcie wszystkich szpitali przez społeczną służbę zdrowia. Na podstawie wspomnianej ustawy wydano dodatkowe przepisy, na mocy których zniesiono tzw. klasy w szpitalach oraz przejęto szpitale prywatne, fundacyjne i zakonne pod zarząd państwowy. Z kolei na mocy ustawy z roku 1950 o terenowych organach jednolitej władzy państwowej szpitale samorządowe zostały podporządkowane Ministerstwu Zdrowia. W wyniku zespolenia środków materialnych i ludzkich oraz jednolitego kierownictwa i planowania nastąpił szybki rozwój instytucji zamkniętej opieki zdrowotnej w Polsce. Wskaźnik łóżek szpitalnych na 1000 mieszkańców zwiększył się między rokiem 1938 a 1980 ponad trzykrotnie: z 2,0 do 6,7, a liczba łóżek szpitalnych z 69 400 do 237 300.

W tab. 27 przedstawiono przykładowo rozwój łóżek szpitalnych w Polsce w latach 1960—1980.

Tabela 27

Łóżka w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej (stan w dn. 31 XII)

Zakłady	Lata				
	1960	1970	1975	1979	1980
Szpitale*	164 987	205 160	226 708	236 494	237 307
(w tym szpitale psychiatryczne)	29 979	36 389	38 264	37 291	36 500**
Izby porodowe	6 219	4 488	3 178	2 096	1 968
Sanatoria przeciwgruźlicze	23 833	18 928	14 116	9 154	8 850
Półsanatoria	1 417	1 138	985	683	720
Prewentoria	7 503	4 056	2 430	1 363	1 363
Sanatoria dla nerwowo chorych	1 139	660	355	150	150
Sanatoria neuropsychiatrii dziecięcej	795	1 777	1 900	900	900
Zakłady leczenia odwykowego	138	605	645	755	755
Zakłady dla dzieci głęboko niedorozwiniętych umysłowo w wieku do lat 3	150	95	95	95	95
Sanatoria rehabilitacyjne	2 014***	4 441	5 780	4 642	4 452

* Bez łóżek dla noworodków i wcześniaków (w 1980 r. — 17 430 łóżek); łącznie z łóżkami na oddziałach szpitalnych przy stacjach pogotowia ratunkowego (w 1980 r. — 106 łóżek).

** Informacja przybliżona.

*** Wyłącznie dla dzieci i młodzieży.

Źródło: Mały Rocznik Statystyczny GUS 1981.

ZNACZENIE STACJONARNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Do jednej z podstawowych form opieki zdrowotnej nad ludnością zaliczamy opiekę zdrowotną stacjonarną, która oznacza postępowanie leczniczo-zapobiegawcze, polegające na przeniesieniu chorych z ich codziennych warunków do specjalnie zorganizowanego środo-

wiska, dostosowanego do procesu leczniczego. Wśród warunków zamkniętego środowiska zapobiegawczo-leczniczego szczególne znaczenie — poza leczeniem — przypisuje się mikroklimatowi i estetyce pomieszczeń, żywieniu, eliminacji hałasu, stosunkom międzyludzkim, oświacie zdrowotnej oraz zajęciom kulturalnym, tak istotnym w ułatwianiu chorym dostosowania się do nowego otoczenia.

Stacjonarna opieka zdrowotna powinna być stosowana w następujących przypadkach:

1) izolacja zakaźnie i psychicznie chorych od ich otoczenia;

2) udzielanie pomocy specjalistycznej, gdy chory tego wymaga:

a) ciągła obserwacja i badania pomocnicze w celu ustalenia rozpoznania;

b) zastosowanie specjalnych metod leczniczych bądź roztoczenie ciągłej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej;

c) zabieg operacyjny, którego nie można wykonać w warunkach ambulatoryjnych.

3) zmiana otoczenia oraz warunków bytowych i klimatycznych utrudniających prowadzenie właściwego leczenia, a także w celu wzmocnienia sił odpornościowych organizmu, przygotowania do wykonywania takiej pracy i czynności życiowych, na jakie pozwala upośledzony stan zdrowia.

Do zakładów stacjonarnej opieki zdrowotnej oprócz chorych kieruje się zatem także osoby wymagające rehabilitacji społecznej i zawodowej, izolacji od dotychczasowych szkodliwych dla zdrowia warunków oraz wydania orzeczeń o stanie zdrowia tych osób.

RODZAJE ZAKŁADÓW STACJONARNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

W stacjonarnej opiece zdrowotnej występują następujące rodzaje zakładów:

a) szpitale,
b) sanatoria (szpitale uzdrowiskowe),
c) prewentoria,
d) domy opieki dla przewlekle chorych,
e) zakłady leczenia odwykowego,
f) izby chorych,
g) izby porodowe,
h) półsanatoria.

Różnorodność zakładów jest podyktowana niejednolitymi metodami postępowania leczniczo-zapobiegawczego, które zależą m.in. od stopnia zaawansowania choroby.

S z p i t a l e są zakładami przeznaczonymi do leczenia chorych, którzy wymagają ciągłej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej oraz postępowania leczniczego przez całą dobę. Charakteryzują się one gotowością do udzielania w razie potrzeby niezwłocznej pomocy specjalistycznej. Szpitale są zakładami służby zdrowia na ogół najlepiej wyposażonymi w aparaturę, urządzenia i środki medyczne oraz rozporządzają dobrze przygotowanymi i wysoko wyspecjalizowanymi zespołami kadr fachowych.

S a n a t o r i a wszystkich typów charakteryzują się prowadzeniem mniej intensywnego leczenia farmakologicznego i chirurgicznego, z wysunięciem na pierwsze miejsce innych metod leczenia: klimatycznego, balneologicznego, wypoczynkowego, postępowania rehabilitacyjnego i terapii zajęciowej. Do sanatoriów kieruje się przeważnie chorych z niektórymi chorobami przewlekłymi i po przebytej chorobie ostrej (rekonwalescencja). Sanatoria wchodzą w skład uzdrowisk, jako ich podstawowe zakłady lecznicze. Sanatoria mogą być ogólne, specjalistyczne, dziecięce, mogą obejmować tzw. wyodrębnione oddziały kliniczne. Zadaniem sanatoriów uzdrowiskowych jest leczenie chorób przewlekłych i rehabilitacja, utrwalanie wyników leczenia przedsanatoryjnego i zapobieganie nawrotom, powikłaniom i zaostrzeniom. Sanatorium składa się z części łóżkowej (oddziałów), działu zabiegowo-leczniczego, działu żywienia, działu kulturalno-rozrywkowego i administracji.

W zależności od przeznaczenia sanatoria dzielimy na:

a) sanatoria uzdrowiskowe, zorganizowane na podstawie ustawy o uzdrowiskach i wchodzące w skład uzdrowisk;

b) sanatoria rehabilitacyjne dla osób dorosłych, dzieci i młodzieży po przebytych chorobach, takich jak *poliomyelitis* (Heinego-Medina), wirusowe zapalenie wątroby, gościec stawowy, dychawica oskrzelowa (astma) itp.;

c) sanatoria przeciwgruźlicze, które na równi ze szpitalami są zakładami przeznaczonymi do rozpoznawania, leczenia i rehabilitacji chorych na gruźlicę (na podstawie ustawy o zwalczaniu gruźlicy z 22 IV 1959 r.), osobno dla dorosłych, dzieci i młodzieży;

d) sanatoria dla nerwowo chorych, przeznaczone do leczenia nerwic u osób dorosłych;

e) sanatoria neuropsychiatrii dziecięcej, które leczą choroby układu nerwowego u dzieci od 3 do 14 lat.

P r e w e n t o r i a są przeznaczone dla dzieci i młodzieży nie wykazujących aktualnie zmian patologicznych, ale narażonych na zachorowanie ze względu na stały kontakt z chorobą zakaźną (gruźlica) lub działanie szkodliwych dla zdrowia czynników środowiska pracy i bytu. Zadaniem prewentorium jest uodpornienie ustroju na zachorowanie, wobec czego dominuje postępowanie zapobiegawcze, obejmujące terapię klimatyczną i wypoczynkową, racjonalne żywienie oraz wdrażanie nawyków higienicznych.

Z a k ł a d y l e c z n i c t w a o d w y k o w e g o są organizowane na podstawie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z 26 X 1982 r. Zadaniem ich jest prowadzenie kuracji odwykowej przez okres do 2 lat.

Zakłady stacjonarnej opieki zdrowotnej, takie jak: izby chorych, izby porodowe, półsanatoria izolują osoby w nich przebywające od ich codziennych warunków środowiska pracy i bytu na krótki okres.

I z b y c h o r y c h mają za zadanie udzielanie krótkotrwałej pomocy leczniczej chorym na choroby ostre, lecz niezbyt ciężkie i nie wymagające interwencji operacyjnej. Po krótkiej obserwacji i ustaleniu metod leczenia chory powinien być wypisany z izby chorych do domu lub skierowany do innego zakładu lecznictwa stacjonarnego o szerszych możliwościach terapeutycznych (szpital, sanatorium).

I z b y p o r o d o w e udzielają opieki i pomocy w zakresie porodów fizjologicznych, uzupełniając działalność szpitali i oddziałów położniczych i są organizowane głównie na terenach wiejskich, oddalonych od szpitala.

P ó ł s a n a t o r i a są placówkami służby zdrowia przeznaczonymi dla pracowników zakładów przemysłowych i studentów, którzy ze względu na stan zdrowia i brak odpowiednich warunków domowych wymagają opieki lekarskiej, pielęgniarskiej i dietetycznej. W zależności od charakteru zakładu pracy i rozkładu zajęć półsanatoria mogą być nocne i dzienne. Obejmują one opieką leczniczą chorych na choroby przewlekłe, nie wymagające zwolnienia z pracy

i mają zapewniać podopiecznym odpowiednie żywienie, spokój i wypoczynek oraz systematyczne stosowanie leków i wykonywanie zabiegów.

Wszystkie zakłady stacjonarnej opieki zdrowotnej są własnością państwa, reprezentowanego przez władze centralne i urzędy wojewódzkie. Kierownictwo administracyjno-fachowe sprawuje nad nimi Minister Zdrowia i Opieki Społecznej poprzez agendy w samym ministerstwie oraz wydziały zdrowia i opieki społecznej urzędów wojewódzkich. Rozwój sieci zakładów, kadr fachowych oraz nakładów inwestycyjnych i finansowych jest uwzględniony w narodowych planach społeczno-gospodarczych.

Zadania wszystkich rodzajów zakładów stacjonarnych opieki zdrowotnej można ogólnie określić w 5 punktach:

1) udzielanie świadczeń zapobiegawczo-leczniczych i rehabilitacyjnych;
2) szerzenie oświaty zdrowotnej;
3) szkolenie, specjalizacja i dokształcanie kadr fachowych;
4) prowadzenie prac naukowo-badawczych;
5) współpraca z innymi zakładami służby zdrowia.

W zależności od rodzaju i typu zakładu, jego zasięgu działania i kadry fachowej poszczególne zadania zaznaczają się mniej lub bardziej w jego działalności. Zadania te bardziej szczegółowo wraz ze strukturą organizacyjną i metodami działania zostaną omówione na przykładzie szpitala, który jest i pozostanie podstawowym zakładem stacjonarnej opieki zdrowotnej.

SZPITAL I JEGO ZADANIA

Szpital, jak już podano, jest zakładem przeznaczonym do ciągłej obserwacji i leczenia chorych, przebywających w nim stale przez całą dobę. Szpital sprawuje opiekę nad ludnością zamieszkującą teren określony jako „rejon szpitala", poprzez kwalifikowanie, przyjmowanie i leczenie chorych z tego rejonu. Chorym szpital powinien zapewnić nie tylko jak najszybsze przeprowadzenie badań, ustalenie rozpoznania i leczenie zgodne z naukowymi zasadami, ale również zaspokoić potrzeby bytowe i kulturalno-oświatowe w okresie pobytu w zakładzie. Do zadań szpitala należy również zaliczyć rehabilitację podczas pobytu w szpitalu i poszpitalną, polegającą na

dalszej opiece lekarskiej nad wypisanymi chorymi aż do przywrócenia im zdolności do pracy lub wykonywania podstawowych czynności życiowych. Działalność rehabilitacyjną w sensie zorganizowanym szpital najczęściej spełnia za pośrednictwem odpowiedniej przychodni macierzystego zespołu opieki zdrowotnej.

„Szpital jest integralną częścią organizacji opieki społecznej i medycznej. Zadaniem jego jest zapewnienie ludności pełnej opieki leczniczej i zapobiegawczej. Działalność służb zewnętrznych szpitala powinna sięgać aż do rodziny chorego, jego środowiska domowego i pracy. Szpital powinien być także ośrodkiem nauczania medycznego i badań biologiczno-społecznych". Ta definicja współczesnego szpitala, zaproponowana przez Zgromadzenie Ogólne Światowej Organizacji Zdrowia, określa rolę szpitala w systemie ochrony zdrowia ludności. Zgodnie z podaną definicją szpital współczesny jest jednym z zasadniczych elementów całokształtu opieki zdrowotnej ludności i jest ściśle powiązany z innymi zakładami służby zdrowia, przede wszystkim z ambulatoryjną opieką zdrowotną.

Zakres funkcji współczesnego szpitala wg propozycji Światowej Organizacji Zdrowia* można sklasyfikować następująco:

a. Funkcje naprawcze:

— rozpoznawanie chorób (u pacjentów hospitalizowanych i ambulatoryjnych),

— leczenie chorób (zachowawcze, operacyjne),

— rehabilitacja (w pojęciu usprawnienia fizycznego, psychicznego i społecznego),

— pomoc doraźna (dotycząca wypadków i ostrych zachorowań.

b. Funkcje zapobiegawcze:

— kontrola medyczna fizjologicznego przebiegu ciąży, porodu i okresu noworodkowego,

— kontrola medyczna i społeczna prawidłowego rozwoju fizycznego i psychicznego dzieci i młodzieży,

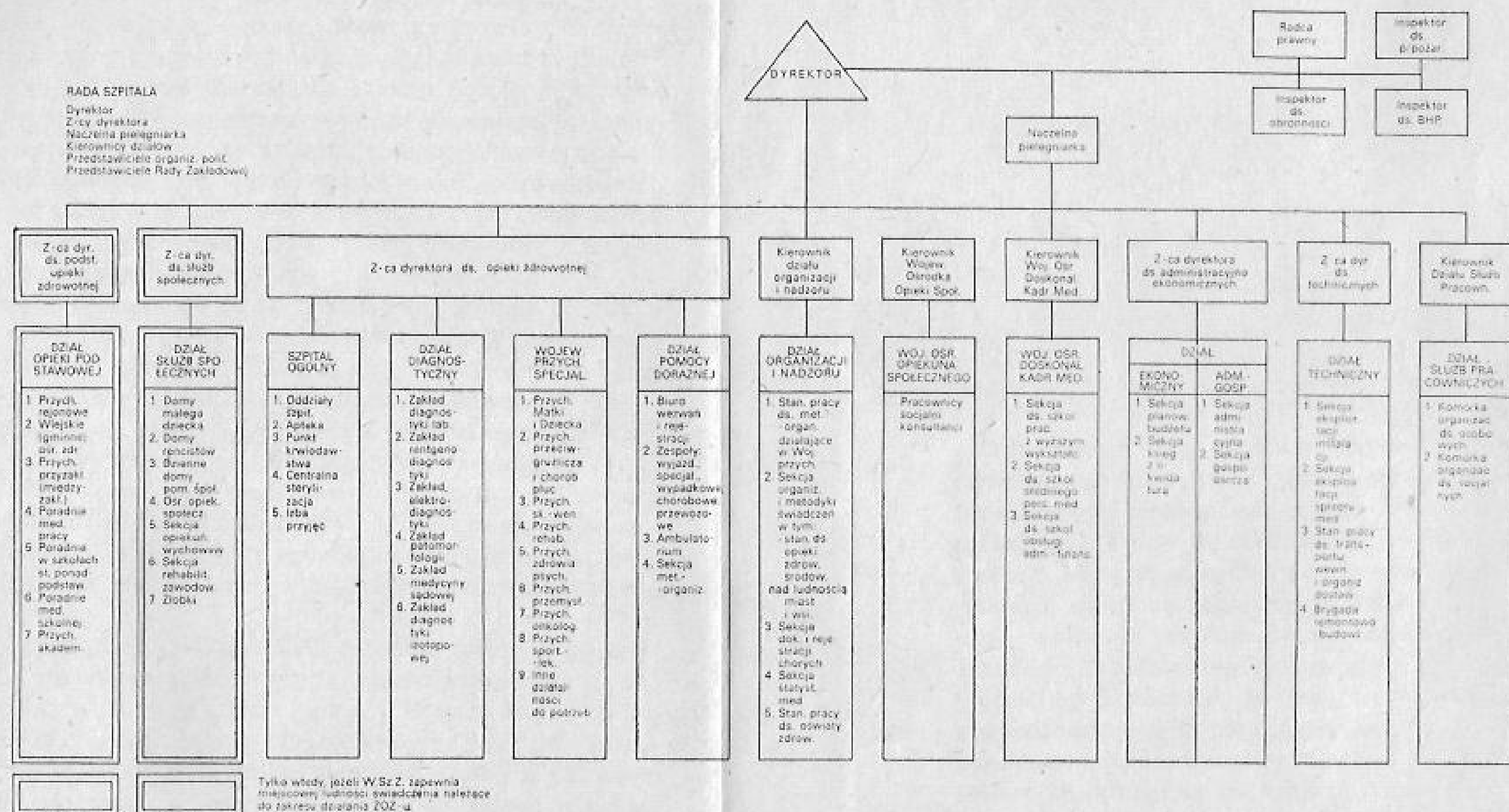
— kontrola chorób zakaźnych,

— zapobieganie chorobom przewlekłym,

— zapobieganie inwalidztwu fizycznemu i psychicznemu,

— oświata zdrowotna,

* Kleczkowski B., Herman Z., Saldak B.: Rola współczesnego szpitala w ochronie zdrowia ludności. Zdrowie Publiczne 1969, 6.



Ryc. 14. Organizacja wojewódzkiego szpitala zespolonego.

— współudział w ochronie zdrowia pracujących;

c. Funkcje szkoleniowe:

— szkolenie podstawowe personelu medycznego,

— szkolenie i specjalizacja podyplomowa personelu medycznego,

— aktualizacja wiedzy;

d. Funkcje badawczo-naukowe obejmujące:

— fizyczne, psychiczne i socjalne aspekty zdrowia i choroby,

— organizacyjne i techniczne aspekty działalności szpitala.

Tak pojęta rola szpitala i zakres jego funkcji pociągają za sobą praktyczne konsekwencje organizacyjne. Rozwiązaniem organizacyjnym — umożliwiającym sprawowanie kompleksowej opieki zdrowotnej nad ludnością oraz wykonywanie funkcji pozwalających zapobiegać chorobom, wcześnie je wykrywać i leczyć — może być tylko szpital zespolony z podstawową opieką zdrowotną i innymi instytucjami społecznej służby zdrowia.

Zagadnienie integracji (zespolenia) szpitala z innymi instytucjami opieki zdrowotnej zostało sformułowane najwcześniej przez organizatorów ochrony zdrowia w Związku Radzieckim i tam też w latach dwudziestych praktycznie wdrożono tę koncepcję w system ochrony zdrowia w formie zespolenia całkowitego (tzw. szpitala zespolonego). W okresie powojennym wprowadzono także zespolenie szpitala całkowite lub częściowe w innych krajach socjalistycznych. Doświadczenia wielu krajów w zakresie zespolenia szpitala z przychodniami wykazały, że zespolenie w znacznym stopniu przyczynia się do podniesienia poziomu świadczeń zdrowotnych dla ludności.

W Polsce wprowadzono w roku 1958 jednolitą formę współdziałania szpitali z zakładami ambulatoryjnej opieki zdrowotnej na zasadzie tzw. patronatu szpitalnego. Była to forma zespolenia częściowego, o charakterze funkcjonalnym. Powyższa forma współdziałania objęła: a) konsultacje specjalistyczne, b) szkolenie i doskonalenie pracowników lecznictwa ambulatoryjnego w czasie pracy, c) pomoc metodyczno-organizacyjną.

Następnym etapem rozwoju współdziałania szpitali z lecznictwem ambulatoryjnym było zorganizowanie przychodni przyszpitalnych, które miały za zadanie dalszą opiekę nad chorymi wypisanymi ze szpitala oraz pomoc konsultacyjną dla chorych kierowanych przez

lekarzy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Najlepsze wyniki w dziedzinie zespolenia szpitali z przychodniami uzyskano w zespoleniu wojewódzkich szpitali jednoimiennych (np. gruźliczych, onkologicznych) z odpowiednimi przychodniami. Szpitale te wraz z przychodniami tworzyły „ośrodki wojewódzkie" do organizacji zwalczania chorób objętych zakresem działalności poszczególnego szpitala. W latach 1971—1975 dokonana została w Polsce pełna integracja dotychczasowych placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, szpitali i pomocy doraźnej — w zespoły opieki zdrowotnej.

ZASADY PRZYJMOWANIA CHORYCH DO SZPITALA

Szpitale powinny przyjmować w zasadzie chorych zamieszkałych na terenie rejonu szpitalnego. Przyjęcie odbywa się wówczas na podstawie skierowania lekarza leczącego oraz zbadania przez lekarza szpitalnej izby przyjęć i jego ostatecznej decyzji. Wyjątki od tej zasady stanowią przypadki, w których ze względu na ciężki stan chory musi być niezwłocznie hospitalizowany, również bez skierowania lekarskiego i bez względu na przynależność do rejonu szpitalnego. Zdarzają się dość często przypadki kierowania chorych z jednego szpitala do drugiego, wypływające z wzajemnej pomocy między szpitalami w razie braku miejsc albo z pełnienia nadzoru fachowego przez szpitale kliniczne i wojewódzkie nad szpitalami niższego szczebla. W takich przypadkach obowiązuje jednak zasada, że kierowanie chorych może nastąpić dopiero po uprzednim uzgodnieniu przyjęcia chorego ze szpitalem przyjmującym, a transport zabezpiecza szpital kierujący.

Zakres świadczeń szpitalnych, zgodnie z obowiązującymi regulaminami szpitalnymi, obejmuje:

a) przy przyjęciu do szpitala:

— zbadanie chorego w izbie przyjęć i ewentualnie udzielenie pomocy lekarskiej oraz zlecenie dalszej opieki,

— dostarczenie choremu ubioru szpitalnego, przygotowanie sanitarno-higieniczne,

— zapewnienie odpowiedniego pomieszczenia;

b) podczas pobytu w szpitalu:

— przeprowadzenie koniecznych badań, ustalenie rozpoznania i przeprowadzenie właściwego postępowania leczniczo-zapobiegawczego i rehabilitacyjnego,

— zaspokojenie potrzeb kulturalno-oświatowych;

c) przy wypisie chorego:

— udzielenie wskazówek co do dalszego postępowania leczniczo-zapobiegawczego, ewentualnie wystawienie recepty na lekarstwa,

— przekazanie informacji choremu lub opiekunowi o rozpoznaniu choroby oraz o przebiegu i wynikach leczenia,

— wystawienie zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy;

d) w razie zgonu chorego:

— zawiadomienie w najszybszy sposób rodziny lub opiekuna,

— wystawienie karty zgonu,

— wykonanie sekcji zwłok.

Podstawowym warunkiem korzystania ze świadczeń szpitala jest odpowiedni stan zdrowia zgłaszającego się chorego. Obowiązuje następująca kolejność przy przyjmowaniu do szpitala:

a) chorzy wymagający niezwłocznej pomocy lekarskiej w warunkach szpitalnych;

b) chorzy wymagający leczenia w zakładzie stacjonarnym;

c) chorzy wymagający badań, których nie można wykonać poza szpitalem.

STRUKTURA WEWNĘTRZNA SZPITALA

Każdy szpital, bez względu na jego rodzaj i wielkość, można podzielić na trzy zasadnicze części:

1) leczniczo-zapobiegawczą;

2) administracyjną;

3) socjalną.

Na szczególną uwagę zasługuje część leczniczo-zapobiegawcza, obejmująca wszystkie komórki wykonujące podstawową działalność szpitala. W skład tej części wchodzą:

a) izba przyjęć;

b) oddziały i pododdziały szpitalne oraz tzw. łóżka wydzielone;

c) pracownie: analityczna, radiologiczna, ekg, anatomopatologiczna i inne;

d) działy pomocnicze: anestezjologii, fizykoterapii, rehabilitacji, nauczania i wychowania (w szpitalach dziecięcych), żywienia oraz działy dokumentacji chorych i statystyki medycznej;

e) punkt krwiodawstwa;

f) apteka;

g) przychodnia przyszpitalna;

h) stacja pogotowia ratunkowego (oddział doraźnej pomocy), jeśli administracyjnie podlega szpitalowi.

Izba przyjęć — jest przeznaczona do wykonywania wszystkich czynności związanych z przyjęciem chorych do szpitala. Izba przyjęć powinna być dostępna zarówno od ulicy, jak i od pozostałych komórek organizacyjnych części leczniczo-zapobiegawczej. Ruch w niej powinien być jednokierunkowy, aby przyjęci chorzy nie stykali się z osobami czekającymi na przyjęcie. Według przyjętych założeń izba przyjęć powinna się składać z kilku pomieszczeń: poczekalni, pokoju badań, pokoju zabiegowego, węzła sanitarno-higienicznego i szatni (do przechowywania rzeczy przyjętych chorych). Oddzielne pomieszczenia są potrzebne dla lekarza dyżurnego i pielęgniarki izby przyjęć.

Do podstawowych zadań izby przyjęć należy: zbadanie chorego, udzielenie w razie potrzeby pomocy doraźnej, ustalenie potrzeby hospitalizacji, rejestracja przyjętych i nie przyjętych spośród skierowanych chorych, ewidencja wolnych łóżek, prowadzenie dokumentacji dla przyjętych chorych, opracowanie sanitarno-higieniczne chorych, dostarczenie im bielizny i odzieży szpitalnej i przyjęcie do depozytu ich rzeczy osobistych oraz doprowadzenie na oddział.

Chorzy przyjęci do szpitala mają zakładaną w izbie przyjęć historię choroby i kartę statystyczną. Do historii choroby oprócz danych personalnych, uprawnień do świadczeń szpitalnych wpisuje się rozpoznanie lekarza dyżurnego, jego zlecenie i dane o udzielonej pomocy w izbie przyjęć.

Oddziały i pododdziały szpitalne. Oddział jest podstawową komórką szpitala. Do jego zadań należy:

a) przeprowadzenie badań diagnostycznych, leczenie w określonej specjalności, rehabilitacja;

b) całodobowe pielęgnowanie;

c) dietetyczne wyżywienie;

d) zapewnienie odpowiednich warunków sanitarno-higienicznych;

e) udostępnienie rozrywek kulturalnych i zajęć oświatowych.

Zgodnie z aktualnymi wytycznymi oddziały mogą mieć 25 do 60 łóżek, jedynie dla oddziałów noworodków dopuszcza się minimum 20 łóżek. Oddział może dzielić się na pododdziały obejmujące od 10 do 24 łóżek. Jeżeli liczba łóżek dla danej specjalności jest mniejsza niż 10, nazywają się one łóżkami wydzielonymi. Niezależnie od tego oddziały i większe pododdziały dzielą się na odcinki pielęgniarskie, obsługiwane przez jedną pielęgniarkę na jednej zmianie.

Do podstawowych pomieszczeń oddziału zalicza się: sale chorych, pokoje zabiegowe, pokoje lekarskie, punkty pielęgniarskie i pokój pielęgniarki oddziałowej, magazyny na bieliznę, apteczkę oddziałową, kuchenkę oddziałową i węzły sanitarne. Podział i urządzenia wewnętrzne oddziału zależą od zadań, jakie on spełnia, i dlatego inne będą na oddziale wewnętrznym, a inne na oddziałach: chirurgicznym, dziecięcym czy zakaźnym.

Na oddziałach zabiegowych wydziela się blok operacyjny, który w niektórych większych szpitalach może obsługiwać kilka oddziałów i stanowi wówczas komórkę organizacyjną szpitala równorzędną oddziałom.

Pracą oddziału kieruje ordynator — lekarz, specjalista II stopnia w danej specjalności, będący bezpośrednim zwierzchnikiem personelu lekarskiego i pośrednio pozostałego personelu pracującego na oddziale. Kieruje on całym postępowaniem leczniczym, szkoleniem kadr i pracą naukową, za którą to działalność odpowiada przed dyrektorem szpitala.

Ordynatorowi pomagają starsi i młodsi asystenci, przy czym jeden ze starszych asystentów pełni obowiązki jego zastępcy. Pracą pielęgniarek i niższego personelu kieruje pielęgniarka oddziałowa, której pracę w zakresie pielęgniarskim nadzoruje przełożona pielęgniarek szpitala.

Sekcja dokumentacji i rejestracji chorych grupuje i przechowuje dokumentację oraz materiały statystyczne, a następnie je opracowuje w celu wyciągnięcia wniosków z działalności szpitala. Zalicza się ją do części leczniczo-zapobiegawczej, gdyż opierając się na analizie statystycznej można wytyczyć kierunki poprawy działalności podstawowej szpitala i prawidłowo zaplanować jego dalszy rozwój.

Punkt krwiodawstwa — zgodnie z wytycznymi należy organizować w każdym szpitalu. Dostarcza on krew potrzebną do leczenia chorych w poszczególnych oddziałach. Nadzór fachowy nad pracą punktu sprawuje wojewódzka stacja krwiodawstwa.

Apteka szpitalna — zaopatruje oddziały w leki gotowe i recepturowe oraz materiały opatrunkowe. Pod względem fachowym podlega nadzorowi wydziału zdrowia i opieki społecznej stopnia wojewódzkiego.

Część administracyjno-techniczna szpitala — obejmuje komórki organizacyjne zabezpieczające pod względem administracyjnym i gospodarczym działalność podstawową. Zalicza się do nich działy lub sekcje:

a) administracyjno-gospodarczy,
b) ekonomiczny,
c) spraw pracowniczych,
d) techniczny.

W skład tej części może również wchodzić gospodarstwo pomocnicze szpitala, warsztaty terapii zajęciowej oraz zakład remontowo-budowlany.

Do części socjalnej zalicza się urządzenia służące:

a) chorym: biblioteka, czytelnia, świetlica, radiowęzeł, sala telewizyjna itp.;

b) personelowi: biblioteka, klub, urządzenia sportowe i wypoczynkowe, urządzenia higieniczno-sanitarne, przedszkole, żłobek, kolonie dla dzieci personelu itp.

Funkcje kierownicze w szpitalu polegają na racjonalnym planowaniu, organizowaniu i kontroli pracy wszystkich składowych komórek szpitala. Całokształtem działalności szpitala kieruje dyrektor, będący lekarzem oraz mający przygotowanie i doświadczenie w zakresie organizacji ochrony zdrowia. Jemu podlegają ordynatorzy oddziałów, kierownicy pracowni, działów i innych komórek działalności podstawowej.

7. POMOC DORAŹNA

Pierwszą w świecie organizacją, która miała udzielać ludności pomocy medycznej w nagłych zachorowaniach i wypadkach, było założone w Wiedniu w roku 1883 towarzystwo ratunkowe, którego

inicjatorem był dr J. Mundy. Idea założenia takiej organizacji powstała w wyniku katastrofalnego pożaru opery w Wiedniu w roku 1881, kiedy to zginęło około 1000 osób.

Opierając się na wzorach wiedeńskich w roku 1891, z inicjatywy dr A. Banneta i prof. dr. K. Brudzewskiego, powstała pierwsza w Polsce stacja pogotowia ratunkowego pod nazwą Krakowskie Ochotnicze Towarzystwo Ratunkowe. Następnie w roku 1897 (z inicjatywy dr. Zawadzkiego i dr. Przeździeckiego) została założona stacja pogotowia w Warszawie oraz w roku 1899 w Łodzi (organizatorem jej był dr Pinkus oraz grono lekarzy z Towarzystwa Doraźnej Pomocy Lekarskiej). Na przełomie XIX i XX wieku zorganizowano stacje pogotowia ratunkowego w Wilnie i Lwowie, w roku 1917 w Lublinie, a w okresie 20-lecia międzywojennego powstały stacje w Poznaniu, Białymstoku, Toruniu i Zakopanem. Podczas wojny i okupacji stacje pogotowia ratunkowego poniosły wielkie straty w obsadzie i wyposażeniu. Po wojnie wznowieniem działalności stacji pogotowia i tworzeniem nowych zajął się Polski Czerwony Krzyż. W tym czasie działały 32 stacje. Polski Czerwony Krzyż położył duże zasługi w okresie rozwoju sieci stacji Pogotowia Ratunkowego, których liczba do roku 1951 wzrosła do 218.

W roku 1951 ustawa o radach narodowych powierzyła odpowiedzialność za całość spraw ochrony zdrowia ludności radom narodowym, przekazując im również nadzór i kierownictwo nad stacjami pogotowia ratunkowego. Od tego czasu rozpoczęto planowy rozwój sieci stacji pogotowia ratunkowego w całym kraju. Aktualnie stacje pogotowia ratunkowego stanowią integralną część zespołów opieki zdrowotnej.

ZNACZENIE POMOCY DORAŹNEJ WE WSPÓŁCZESNEJ OCHRONIE ZDROWIA

Współczesne osiągnięcia nauk medycznych pozwalają stwierdzić, że wielu ciężko chorych ma dzisiaj szansę przeżycia i pełnego powrotu do zdrowia, jeśli w wyniku odpowiedniej interwencji nie pozwolimy im umrzeć w okresie krytycznego zagrożenia. Wiąże się to z rozwojem skutecznych metod reanimacji (ożywianie chorych w stanie tzw. śmierci klinicznej). Liczba przypadków nagłego zagrożenia życia zwiększa się we współczesnych społeczeństwach wskutek działania następujących przyczyn:

a) zagrożenia wynikającego z rozwoju ruchu drogowego i masowej komunikacji,

b) zagrożenia wynikającego z pracy w przemyśle oraz rozwoju przemysłowych metod pracy rolnika,

c) zagrożenia wiążącego się z technizacją życia codziennego,

d) urazowości związanej z umasowieniem sportu, turystyki i czynnego wypoczynku,

e) wzrastającej zachorowalności na choroby układu krążenia i niektóre inne choroby, zwane chorobami cywilizacyjnymi,

f) ryzyka związanego z nowymi metodami leczniczymi, stosującymi silne leki, skomplikowane zabiegi diagnostyczne i chirurgiczne, co łączy się z podejmowaniem leczenia chorób dawniej nieuleczalnych.

Prowadzenie skutecznej reanimacji zależy głównie od takich czynników, jak:

a) podjęcie natychmiastowego prawidłowego postępowania we wszystkich stanach zagrożenia życia, niezależnie od miejsca, gdzie to zagrożenie nastąpiło,

b) zabezpieczenie odpowiedniego transportu,

c) przywrócenie czynności narządów, których zaburzenia zostały zapoczątkowane przez proces tzw. śmierci klinicznej,

d) wyrównanie zaburzeń, jakie nastąpiły w przebiegu śmierci klinicznej i zabiegów zmierzających do odwrócenia tego procesu.

Droga chorego w stanie nagłego zagrożenia życia poprzez instytucje służby zdrowia wygląda następująco: zespół wyjazdowy pogotowia ratunkowego — izba przyjęć szpitala — oddział intensywnej opieki — oddział szpitalny — przychodnia. Szczególnie odpowiedzialne zadanie spoczywa tutaj na pogotowiu ratunkowym, działającym niewątpliwie w najtrudniejszych warunkach, przy znacznym ograniczeniu czasu skutecznej pomocy (należy pamiętać, że z chwilą zatrzymania krążenia krwi w ustroju każda upływająca minuta zmniejsza o 50% szansę powodzenia reanimacji).

Czynnik czasu odgrywa poważną rolę nie tylko w stanach ostrego zagrożenia życia, ale i w wielu chorobach rozpoczynających się ostro wśród dramatycznych dla chorego objawów, kiedy udzielenie szybkiej pomocy przynosi znaczną ulgę choremu i daje szansę wyleczenia.

Do podstawowych komórek organizacyjnych ZOZ-u należy oddział pomocy doraźnej, którego zadania są następujące:

a) organizowanie i udzielanie kwalifikowanej pomocy lekarskiej osobom, które uległy nieszczęśliwym wypadkom i nagłym zachorowaniom, jeśli brak takiej pomocy zagraża życiu (pomoc udzielana jest w pierwszej kolejności) lub może spowodować kalectwo bądź utratę zdrowia (pomoc udzielana w drugiej kolejności); usługi te są świadczone w miejscu wypadku lub w ambulatorium pogotowia;

b) organizowanie i udzielanie kwalifikowanej pomocy lekarskiej w wypadkach masowych;

c) zabezpieczenie medyczne masowych imprez okolicznościowych;

d) przewóz chorych na pisemne zlecenie lekarza oraz (w razie nagłych potrzeb) przewóz krwi, leków itp.;

e) przekazywanie informacji o chorych, którym pogotowie udzieliło pomocy;

f) prowadzenie akcji zapobiegającej wypadkom oraz prowadzenie analizy wypadkowości;

g) doraźna hospitalizacja chorych, którym udzielono doraźnej pomocy; jeśli w jego skład wchodzi oddział szpitalny.

W celu właściwego wykonania wymienionych zadań pomoc doraźna musi spełniać następujące warunki organizacyjne: powszechność, łatwa dostępność, sprawność i szybkość, posiadanie wysoko kwalifikowanej kadry fachowej.

Sprawna praca oddziału pomocy doraźnej jest ściśle uzależniona od sprawności transportu. Karetki pogotowia ratunkowego mają pierwszeństwo obsługi, napraw i remontów.

Dla umożliwienia jak najszybszego dotarcia do chorego — w przypadku gdy jest to niemożliwe przy użyciu transportu drogowego — zorganizowano zespoły lotnicze pogotowia ratunkowego.

8. SŁUŻBA KRWI

Naukowe podstawy krwiolecznictwa stworzył Landsteiner wykrywając w roku 1901 grupy krwi. Zastosowanie w roku 1914 środka przeciwkrzepliwego umożliwiło konserwację i przechowywanie zapasów krwi.

W czasie pierwszej wojny światowej stosowano już dość często przetaczanie krwi, ale próby stworzenia systemu zaopatrzenia w krew datują się dopiero od okresu międzywojennego.

W Polsce od roku 1936 tworzono pierwsze ośrodki krwiodawców, z których korzystano w dużych klinikach i szpitalach, wykonując wyłącznie przetoczenia bezpośrednie. Chory otrzymujący krew płacił za nią krwiodawcy, przy czym nie stosowano żadnych ograniczeń w stosunku do krwiodawców ani co do ilości oddanej krwi, ani też co do częstości oddawania. Po zakończeniu II wojny światowej organizowaniem na szeroką skalę krwiolecznictwa zajął się Polski Czerwony Krzyż, organizując stacje krwiodawstwa, prowadząc szkolenie kadr lekarskich i pielęgniarskich oraz propagując krwiodawstwo.

Ze względu na szybki rozwój krwiolecznictwa i wzrastające potrzeby w tym zakresie zaistniała potrzeba stworzenia specjalistycznego organu zajmującego się organizacją służby krwi. W roku 1951 Ministerstwo Zdrowia powołało Instytut Hematologii.

Doprowadził on do powstania we wszystkich miastach wojewódzkich stacji lub punktów krwiodawstwa, zajmujących się pobieraniem, preparowaniem i rozpowszechnianiem krwi i jej przetworów, a także opracowywaniem urządzeń technicznych z tego zakresu.

SYSTEM KRWIODAWSTWA

Pobieranie krwi do celów leczniczych odbywa się w stacjach krwiodawstwa oraz punktach krwiodawstwa znajdujących się w wielu szpitalach. Krew pobiera się obecnie od 3 rodzajów dawców: odpłatnych, rodzinnych i honorowych. *Krwiodawcy odpłatni*, zwani też krwiodawcami stałymi, są to osoby zarejestrowane w stacji krwiodawstwa i oddające krew regularnie. Na każde żądanie stacji (np. w razie potrzeby przetoczenia bezpośredniego) krwiodawcy ci są zobowiązani do stawienia się. Drugą grupę stanowią *krwiodawcy rodzinni*. Są oni kierowani przez szpital w celu bezpłatnego oddania krwi dla członków rodziny przebywających w szpitalu. Oddają oni zwykle krew jednorazowo. Najwięcej krwiodawców rodzinnych kierują oddziały dziecięce i oddziały położnicze. Trzecią, obecnie najliczniejszą grupę dawców, stanowią *krwiodawcy honorowi*. Oddają oni krew jednorazowo lub wielokrotnie, po raz pierwszy nie więcej niż 200 ml krwi, a przy następnych pobraniach 400 ml. Krew ta nie jest przeznaczona dla określonych osób, a jest stosowana do zaspokojenia bieżących potrzeb szpitali. Każdy krwiodawca jest poddawany badaniom internistycznym i wenerologicznym przed każdym pobraniem krwi, a także wykonuje się u niego badania laboratoryjne. Ponadto krwiodawcy stali są regularnie poddawani badaniom radiologicznym.

Za zaspokojenie potrzeb krwiodawstwa i krwiolecznictwa na terenie każdego województwa odpowiada wojewódzka stacja krwiodawstwa. Jej dyrektor jest zarazem specjalistą wojewódzkim w zakresie krwiolecznictwa. Sprawuje on nadzór fachowy nad całą gospodarką krwią we wszystkich zakładach województwa, gdzie stosuje się krew do celów leczniczych i odpowiada za stan i poziom krwiodawstwa i krwiolecznictwa przed kierownikiem wojewódzkiego wydziału zdrowia i opieki społecznej. Pod względem fachowym podlega on dyrektorowi Instytutu Hematologii.

Stacja krwiodawstwa produkuje:

a) krew konserwowaną,
b) krew konserwowaną zagęszczoną (krew Z),
c) osocze płynne bezgrupowe (mieszane),
d) osocze suche bezgrupowe (mieszane),
e) osocze płynne mrożone grupowe (dla chorych na hemofilię),
f) surowice testowe,
g) masę krwinkową,
h) masę leukocytarną,
i) zawiesinę krwinek płytkowych.

Szpitale otrzymują krew na podstawie zapotrzebowania zbiorczego, a w wyjątkowych przypadkach na zapotrzebowanie indywidualne. Zapotrzebowania indywidualne szpital jest zobowiązany przedkładać dla otrzymania suchego osocza oraz środków krwiopochodnych. W zapotrzebowaniu takim powinny być określone: ilość preparatu, rozpoznanie lekarskie i dokładne uzasadnienie konieczności użycia osocza lub innego preparatu, nazwisko i imię oraz grupa krwi i Rh. Stacja krwiodawstwa obowiązana jest też na żądanie szpitala dostarczyć dawcę do przetoczenia bezpośredniego.

Poza zadaniami podstawowymi, jakimi są pobieranie, konserwacja i przerabianie krwi, niektóre stacje wykonują także zadania

specjalne, np. produkcja płynów infuzyjnych w dużych opakowaniach (250—500 ml), głównie roztworów fizjologicznych soli, glukozy i płynu Ringera, oraz zbieranie krwi łożyskowej, która jest używana przez Wytwórnię Surowic i Szczepionek do produkcji gammaglobuliny.

Ponadto do zadań stacji krwiodawstwa należy badanie przyczyn odczynów i wstrząsów poprzetoczeniowych, współpraca z PCK w zakresie popularyzacji zagadnień honorowego krwiodawstwa, opiniowanie dla terenowego wydziału zdrowia spraw dotyczących krwiodawstwa i leczenia krwią oraz fachowy nadzór nad zakładami służby zdrowia danego terenu w zakresie przechowywania oraz racjonalnego stosowania krwi i preparatów krwiopochodnych.

Punkty krwiodawstwa są organizowane w szpitalach i współpracują z odpowiednią stacją krwiodawstwa. Lekarz transfuzjolog, który jest kierownikiem punktu krwiodawstwa, odpowiada za stan krwiodawstwa i krwiolecznictwa przed dyrektorem szpitala, a za swoją działalność fachową przed dyrektorem wojewódzkiej stacji krwiodawstwa. Punkty krwiodawstwa mają w szpitalach odpowiednio wydzielone pomieszczenia, a badania lekarskie i laboratoryjne krwiodawców zapewnia punktowi szpital. W takich punktach pobiera się zazwyczaj krew od dawców rodzinnych, a niekiedy honorowych. Punkt krwiodawstwa zaopatruje w krew przede wszystkim szpital, w którym znajduje się i prowadzi nadzór nad przetaczaniem krwi na jego terenie.

KRWIOLECZNICTWO

Wszyscy lekarze i średni personel medyczny powinni umieć prawidłowo określić grupy krwi układów AB0, czynnik Rh, wykonywać próbę krzyżową i przetoczenie krwi we właściwy sposób. W szpitalach wyznacza się lekarza transfuzjologa dla całego szpitala lub dla każdego oddziału. W szpitalach, w których działają punkty krwiodawstwa, lekarzem transfuzjologiem jest zazwyczaj kierownik punktu.

Każda butelka z krwią konserwowaną i osoczem grupowym ma dołączoną probówkę (tzw. pilotkę), szczelnie zamkniętą, zawierającą krew dawcy lub osocze potrzebne do wykonania próby krzyżowej. Przed przystąpieniem do przetaczania krwi należy wykonać *próbę krzyżową* (próbę zgodności). Prawidłowo wykonana próba krzyżowa ostrzega przed niebezpieczeństwem wstrząsu poprzetoczeniowego nawet wtedy, gdy popełniono jakikolwiek błąd przy określaniu grupy układu AB0 i Rh u biorcy lub dawcy.

Po podłączeniu aparatu do transfuzji należy wykonać *próbę biologiczną* (u niemowląt stosuje się zmodyfikowaną próbę biologiczną).

Jeżeli podczas przetaczania krwi wystąpi wstrząs poprzetoczeniowy, należy natychmiast zawiadomić telefonicznie terenową stację krwiodawstwa lub Instytut Hematologii, dyrektora szpitala oraz najbliższą jednostkę służby zdrowia posiadającą aparat do dializy pozaustrojowej (tzw. sztuczną nerkę). Dla umożliwienia stacji krwiodawstwa zbadania przyczyn wstrząsu należy odesłać do stacji resztki krwi pozostałe w butelce oraz próbkę krwi biorcy (około 10 ml) i zabezpieczyć dokumentację badań serologicznych wykonywanych przed i po przetoczeniu oraz próbkę krwi biorcy pobraną przed transfuzją. Gdy u biorcy zostanie stwierdzone wirusowe zapalenie wątroby, które mogło nastąpić w wyniku przetoczenia krwi, szpital powinien dostarczyć właściwej stacji krwiodawstwa opis przypadku zachorowania oraz podać daty przetoczeń i numery butelek przetaczanej krwi lub środków krwiopochodnych.

Kontrolę szpitali w zakresie przetaczania krwi przeprowadzają pracownicy terenowej stacji krwiodawstwa i pracownicy wydziału zdrowia. Kontrola obejmuje przechowywanie krwi i jej preparatów, sprawdzenie techniki przetaczania krwi, sprawdzenie, czy wszyscy chorzy przed przetaczaniem mają wykonane badania grup krwi i czynnika Rh, oraz próbę krzyżową i biologiczną. Kontrolę stacji krwiodawstwa prowadzą pod względem fachowym pracownicy Instytutu Hematologii.

POZYSKIWANIE HONOROWYCH DAWCÓW KRWI

Honorowe dawstwo krwi, aby mogło znaleźć odpowiedni oddźwięk w społeczeństwie, musi być stale i systematycznie propagowane. Społeczeństwo powinno zdawać sobie sprawę, że krew ludzka jest dla współczesnej medycyny jednym z najcenniejszych leków, że oddanie pewnej ilości krwi nie jest szkodliwe dla ustroju człowieka zdrowego, a na oddaną krew oczekuje duża liczba chorych.

Ciężar tej propagandy spoczywa na wszystkich instytucjach służby krwi oraz na organizacjach społecznych. Główną rolę w tym zakresie spełnia Polski Czerwony Krzyż.

Stacje krwiodawstwa preferują dawstwo honorowe przed innymi formami krwiodawstwa. Dawcy honorowi są przyjmowani poza kolejnością na terenie stacji. Zazwyczaj jednak pobieranie krwi od dawców honorowych odbywa się poza terenem stacji. Na wybranym uprzednio terenie działania (np. w określonym zakładzie produkcyjnym) przedstawiciele stacji krwiodawstwa i organizacji społecznych prowadzą odczyty, pogadanki i inne formy propagandy honorowego krwiodawstwa. Po takim przygotowaniu w określonym dniu przyjeżdża na dany teren ekipa pracowników stacji krwiodawstwa, przywożąc ze sobą cały potrzebny sprzęt. Zostają przeprowadzone na miejscu badania lekarskie pracowników instytucji pragnących honorowo oddać krew. Krwiodawcy otrzymują legitymacje Honorowych Dawców Krwi, a ponadto są zwykle w różny sposób nagradzani. Każdy krwiodawca w dniu oddania krwi jest zwolniony od pracy.

Po oddaniu 600 ml krwi w ciągu roku dawca honorowy zostaje przedstawiony do odznaki „Honorowy Dawca Krwi" III stopnia. Oddanie w ciągu 2 lat 1,5 litra krwi upoważnia do ubiegania się o analogiczną odznakę II stopnia, a oddanie 3 litrów krwi w ciągu dowolnego czasu upoważnia do otrzymania odznaki „Honorowy Dawca Krwi" I stopnia. Dawca honorowy I stopnia, jeśli dalej oddaje krew, może być przedstawiony do odznaki „Zasłużony Dawca Krwi". Odznaka taka jest przyznawana także zakładom pracy i instytucjom zasłużonym na polu honorowego krwiodawstwa. W 1975 roku liczba krwiodawców honorowych i rodzinnych osiągnęła w Polsce ponad 900 000 osób i stanowi główne źródło krwi i jej przetworów dla lecznictwa.

9. POLSKI CZERWONY KRZYŻ

Czerwony Krzyż (CK) jest organizacją, która zrodziła się z humanitarnych uczuć ludzi wrażliwych na cierpienie rannych żołnierzy. Przez wiele wieków rannych pozostawiano na polach bitew bez zapewnienia im pomocy. Tylko niektórzy trafiali do szpitali, ale i spośród nich wielu ginęło z powodu zakażeń i epidemii, które łatwo szerzyły się w złych warunkach sanitarnych, gdy ludzie leżeli stłoczeni, wykrwawieni, narażeni na zimno, wilgoć i pozbawieni regularnych i ciepłych posiłków.

Od XVI wieku zaczęły pojawiać się wystąpienia wybitnych ludzi (m.in. takich jak Hugo Grotius — przełom XVI i XVII wieku, R. Czerwiakowski — przełom XVIII i XIX wieku), którzy głosili potrzebę roztoczenia opieki nad rannymi i chorymi żołnierzami. Pierwszy akt prawny dotyczący tego problemu wydany został we Francji w 1793 roku w czasie Wielkiej Rewolucji. Znalazło się w nim następujące sformułowanie:

„Ranni żołnierze nieprzyjaciela, którzy dostali się do niewoli francuskiej, będą leczeni na równi z żołnierzami ludowej armii francuskiej"*.

Praktyczne działania w zakresie opieki nad żołnierzami poczynił na terenie Rosji Mikołaj Pirogow, a w służbie przyfrontowej po stronie angielskiej Florencja Nightingale, która pierwsza wprowadziła pielęgniarki do szpitali wojskowych działających na froncie oraz zreformowała organizację opieki nad chorymi żołnierzami.

Przełomowym momentem w dziedzinie walki o zorganizowanie opieki nad rannymi były opublikowane „Wspomnienia spod Solferino". Napisał je Szwajcar Henri Dunant. Wstrząsnęły one opinią publiczną. Głoszone przez niego idee znalazły wielu gorących zwolenników, którzy nie tylko popularyzowali je wszelkimi dostępnymi sposobami, ale doprowadzili do zawiązania się (9 XI 1863 r.) Międzynarodowego Komitetu Pomocy Rannym Wojskowym oraz do zwołania pierwszej międzynarodowej konferencji w Genewie w 1864 roku.

W czasie tej Konferencji doszło do założenia Czerwonego Krzyża i opracowania I Konwencji Genewskiej na temat polepszenia losu rannych i chorych żołnierzy. Podpisało ją 12 krajów członkowskich biorących udział w tej Konferencji.

W następnych latach na zjazdach w roku 1899 i 1906 powstaje następna Konwencja. Druga Konwencja przewidywała objęcie opieką nie tylko rannych i chorych żołnierzy wojsk lądowych, ale także i marynarzy. Ustalono, że zarówno ranni, jak i personel sanitarny

* B. Retyńska: Pół wieku w służbie narodu i idei. PZWL, Warszawa 1974, str. 11.

obu stron walczących będzie uznawany za osoby chronione przez prawo, a opiekę nad rannymi przejmie CK. Zalecano też tworzenie organizacji narodowych tego Stowarzyszenia.

Trzecia Konwencja powstała w 1929 roku i dotyczyła traktowania jeńców w sposób humanitarny.

Po drugiej wojnie światowej, 12 VIII 1949 roku, opracowano czwartą Konwencję, która w znaczny sposób rozszerzyła zakres zadań Czerwonego Krzyża, rozciągając je na opiekę nad ludnością cywilną, poszkodowaną w czasie działań wojennych. Ustalono także, że w czasach pokojowych CK pomagać będzie ludziom poszkodowanym klęskami żywiołowymi.

Wspomniane 4 Konwencje stanowią system prawa międzynarodowego w zakresie opieki nad ofiarami wojny. Podpisało te Konwencje 116 państw, a wśród nich również Polska. Czerwony Krzyż należy obecnie do najpotężniejszych organizacji społecznych o zasięgu międzynarodowym. Zrzesza on ponad 215 milionów członków. Niektóre kraje nadały swym organizacjom inne nazwy i tak kraje muzułmańskie przyjęły nazwę Czerwonego Półksiężyca, Iran — Czerwonego Lwa i Czerwonego Słońca, a ZSRR — nazwał ją Związkiem Stowarzyszeń Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca.

Siedzibą Czerwonego Krzyża od 1864 roku jest Genewa, a najwyższą władzą tej Organizacji jest Konferencja Czerwonego Krzyża, zbierająca się na obrady co 4 lata. Między sesjami wszystkie sprawy załatwia Komisja Stała CK. Organizacje narodowe CK tworzące federację wchodzą w skład Ligi Narodowych Stowarzyszeń CK. Zadaniem Ligi Stowarzyszeń CK jest podejmowanie działań na rzecz pokojowej współpracy międzynarodowej, pomoc w tworzeniu narodowych stowarzyszeń i ustalaniu najbardziej zasadniczych kierunków działania tych organizacji, tak aby dostosować je maksymalnie do sytuacji i potrzeb danego kraju.

Zasadami, jakimi kieruje się CK, są: humanitaryzm, neutralność, bezstronność oraz powszechność działań bez różnic religijnych, rasowych czy narodowościowych.

Międzynarodowy CK podejmuje akcje mediacyjne w razie sporów między krajami jako neutralny pośrednik stron. Współpracuje on w tym zakresie z ONZ (w dziedzinie ochrony zdrowia i pomocy społecznej). Wydaje on również własne czasopismo Le Monde et la Croix Rouge.

Polski Czerwony Krzyż powstał w 1919 roku i podejmował wiele różnorodnych działań na rzecz polskich żołnierzy. Prowadził 28 szpitali, domy dla żołnierzy ozdrowieńców, kantyny i herbaciarnie dla wojska, podpisywał umowy w sprawie wydania zakładników i jeńców, a poza tym podejmował intensywne działania szkoleniowe sanitariuszek.

W późniejszych latach okresu międzywojennego Polski Czerwony Krzyż (PCK) prowadził wiele szpitali dla ludności cywilnej, kilka sanatoriów przeciwgruźliczych i prewentoriów, założył i prowadził 2 dwuletnie szkoły pielęgniarstwa (Warszawa i Poznań), zajmował się popularyzowaniem najbardziej podstawowej wiedzy o zdrowiu wśród społeczeństwa i w ten sposób pragnął osiągnąć poprawę warunków sanitarnych miast i osiedli. Do wybuchu drugiej wojny światowej PCK zrzeszał około 800 000 członków.

Na przełomie 1938 i 1939 roku, w miarę narastania niepokoju przed wybuchem wojny, wzmożono szkolenie ratowników sanitarnych (których wyszkolono 60 000) oraz kursy I pomocy sanitarnej. Szkolono też siostry pogotowia PCK.

Okres okupacji przyczynił się do rozwinięcia nowych kierunków działania wynikających z sytuacji, w jakiej znalazło się nasze społeczeństwo. Zapotrzebowanie na fachową pomoc pielęgniarską rosło w miarę jak zwiększały się szeregi partyzantów i nasilała się walka z najeźdźcą. Zaczęto więc organizować różne kursy dla młodzieży i dorosłych — członków podziemnych organizacji. W miarę narastania prześladowań ludności polskiej, wysiedlania jej, masowego osadzania ludzi w więzieniach i obozach koncentracyjnych PCK rozwinął nowe formy działania w postaci: organizowania żywienia, rozdawnictwa odzieży, wysyłania paczek do więzień i obozów. Prowadzono też rejestrację ludzi, którzy zaginęli w czasie wojny oraz słynną akcję poszukiwania rodzin. Po drugiej wojnie światowej przybrała ta akcja na sile. Polski Czerwony Krzyż pomógł wielu milionom Polaków w repatriacji i w akcji przesiedlania ludności na Ziemie Odzyskane,. w zwalczaniu epidemii, w organizowaniu szpitali, przychodni, pomocy przedlekarskiej.

W związku z objęciem większości społeczeństwa ubezpieczeniami zwiększyło się zapotrzebowanie na miejsca w szpitalach oraz placówki podstawowej opieki zdrowotnej. Po to, aby je móc uruchomić, trzeba było mieć personel fachowy. Istniejących kilka szkół

pielęgniarstwa nie było w stanie zaspokoić tej potrzeby w krótkim czasie. W tej sytuacji Minister Zdrowia podjął decyzję powierzenia PCK prowadzenia 3-miesięcznych szkoleń dla młodszych pielęgniarek. Po pewnym czasie przedłużono okres szkolenia do 6 miesięcy, a następnie do 1 roku. Następnie kursy dla tzw. młodszych pielęgniarek zostały przekształcone w szkoły asystentek pielęgniarskich. Po wyszkoleniu łącznie kilkudziesięciu tysięcy osób szkoły przekazano Ministerstwu Zdrowia i Opieki Społecznej.

Obecnie zadania PCK koncentrują się głównie na:

a) niesieniu pomocy ludziom poszkodowanym przez klęski żywiołowe;

b) szkoleniu: drużyn sanitarnych w zakresie pierwszej pomocy oraz tzw. sióstr pogotowia PCK;

c) podejmowaniu opieki i zadań pielęgnacyjnych nad osobami obłożnie chorymi w domach, nad ludźmi niesprawnymi, inwalidami itp.;

d) propagowaniu i rozwijaniu akcji krwiodawstwa, werbowaniu honorowych dawców krwi;

e) pozyskiwaniu nowych członków;

f) szerzeniu oświaty zdrowotnej przez odczyty, pogadanki, prasę, TV i publikacje;

g) podejmowaniu akcji kontrolnych stanu higienicznego osiedli i punktów żywienia zbiorowego; rozwijaniu różnych form działalności, które mobilizują ludzi do większej dbałości o higienę i estetykę osiedli;

h) poszukiwaniu rodzin i rejestracji ofiar wojny;

i) rozdawnictwie paczek z darami.

Najpopularniejszą działalnością jest akcja honorowego krwiodawstwa, rozwijanie opieki nad chorymi w domach oraz szkolenie. Polski Czerwony Krzyż współpracuje z zakładami społecznej służby zdrowia, organizacjami społecznymi i politycznymi, jak również z placówkami oświaty i wychowania.

10. OPIEKA STOMATOLOGICZNA

Opieka stomatologiczna jest jedną z form opieki zdrowotnej, świadczonej w miejscu nauki (szkolne poradnie stomatologiczne), w miejscu pracy (przemysłowe stomatologiczne poradnie przyzakładowe) oraz w miejscu zamieszkania (rejonowe poradnie stomatologiczne).

W każdym Zespole Opieki Zdrowotnej funkcjonuje ponadto specjalistyczna poradnia stomatologiczna, w której zaspokajane są potrzeby stomatologiczne z zakresu protetyki, chorób błony śluzowej i przyzębia, pedodoncji, ortodoncji i chirurgii stomatologicznej.

Nad wszystkimi placówkami stomatologicznymi funkcję konsultacyjną, organizacyjną i kontrolną sprawuje wojewódzka przychodnia stomatologiczna wchodząca w skład wojewódzkiego szpitala zespolonego. Opiekę stomatologiczną w Polsce w roku 1980 sprawowało ponad 17 000 lekarzy stomatologów. Na blisko 8 świadczeń uzyskanych przez przeciętnego Polaka w społecznych placówkach służby zdrowia 2 wizyty były realizowane w poradniach stomatologicznych. Poza społecznymi placówkami stomatologicznymi istnieją również poradnie stomatologiczne w spółdzielniach lekarskich oraz gabinety prywatne.

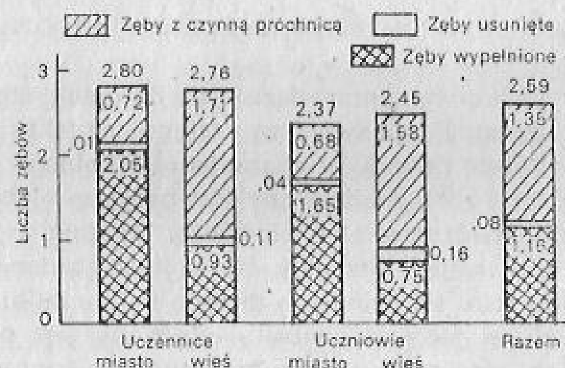
OPIEKA STOMATOLOGICZNA NAD DZIEĆMI I MŁODZIEŻĄ

O tym, jak wielką wagę przywiązuje się do opieki stomatologicznej nad tą grupą populacji, świadczą następujące fakty: co 3 lekarz stomatolog w Polsce pracuje w charakterze szkolnego stomatologa oraz to, że od 1956 roku realizowany jest program planowej opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą. Zgodnie z jego założeniami każde dziecko powinno być dwukrotnie zbadane stomatologicznie w ciągu roku szkolnego — zwykle na początku i na końcu tego roku. Podczas pierwszej wizyty określany jest przez stomatologa szkolnego stan zdrowotny jamy ustnej każdego ucznia, ustalany proces leczenia ubytków próchniczych i ewentualnie leczenia ortodontycznego. Opis procesu leczniczego z każdego roku jest przekazywany lekarzowi stomatologowi kontynuującemu leczenie w następnym roku. W procesie planowego leczenia ważną rolę powierzono średniemu personelowi, do obowiązków którego należy nie tylko powiadomienie i przypomnienie indywidualnemu uczniowi o terminie wizyty, ale również wykonywanie prostych zabiegów profilaktycznych w jamie ustnej, jak: wcieranie preparatu fluoru, usuwanie złogów nazębnych itp.

Zaleca się, aby szkolni lekarze stomatolodzy, zatrudnieni na pełnym etacie, sprawowali opiekę nad grupą 800—1500 uczniów.

Opieka stomatologiczna nad dziećmi w wieku przedszkolnym koncentruje się głównie na leczeniu ubytków próchniczych w zębach mlecznych, leczeniu wad zgryzowo-twarzowych oraz podawaniu preparatów fluoru w celu prawidłowego wykształcenia się zawiązków przyszłych zębów stałych. Tylko około 5% dzieci i młodzieży w Polsce korzysta ze sztucznie fluorkowanej wody pitnej.

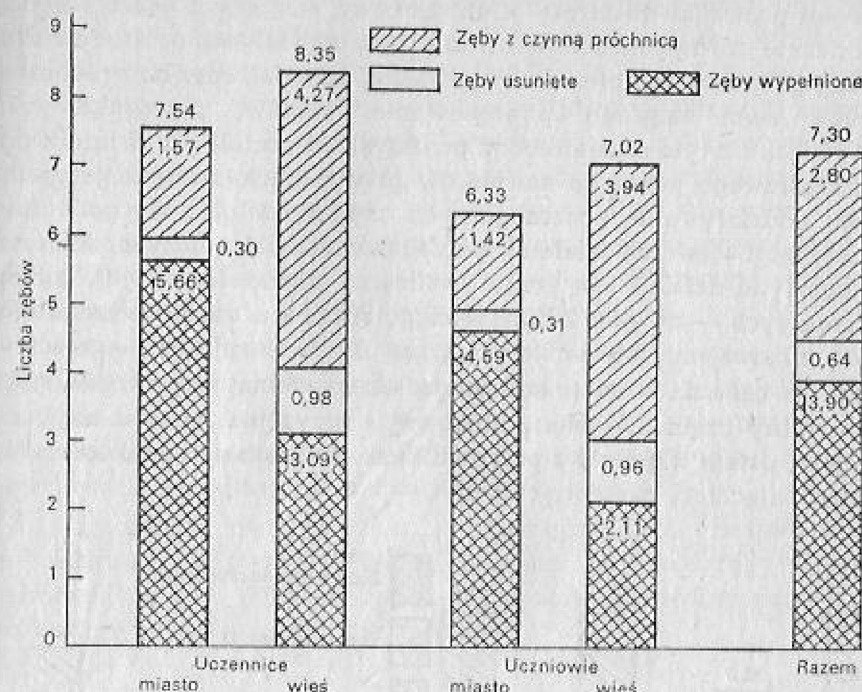
Mimo podejmowania wyżej opisanych działań profilaktyczno-leczniczych względem dzieci i młodzieży, należy stwierdzić, że stan zdrowotny uzębienia tych grup wiekowych jest bardzo niezadowalający. Na podstawie uzyskanych wyników badania socjoepidemiologicznego, realizowanego w Polsce w 1979 roku wspólnie ze Światową Organizacją Zdrowia w reprezentacyjnej grupie dzieci, stwierdzono, że u przeciętnego ucznia II klasy na około 3 zęby stałe dotknięte próchnicą tylko połowa z nich jest wyleczona, tzn. ubytek próchnicowy jest wypełniony (ryc. 15).



Ryc. 15. Średnia liczba zębów stałych z czynną próchnicą, usuniętych i wypełnionych wśród uczniów w wieku 8—9 lat wg płci i miejsca zamieszkania.

Także niekorzystny obraz stwierdzono u uczniów w wieku 13—14 lat, gdzie na ponad 7 zębów stałych dotkniętych próchnicą w blisko 4 proces ten ma postać czynną, a u przeciętnej uczennicy zamieszkałej na wsi usunięto z powodu próchnicy 1 ząb stały (ryc. 16).

Dla porównania w innych krajach, które były objęte badaniami, ponad 95% zębów dotkniętych próchnicą w tej grupie wiekowej jest wyleczonych.



Ryc. 16. Średnia liczba zębów stałych z czynną próchnicą, wypełnionych i usuniętych wśród 13—14-letnich uczniów wg płci i miejsca zamieszkania.

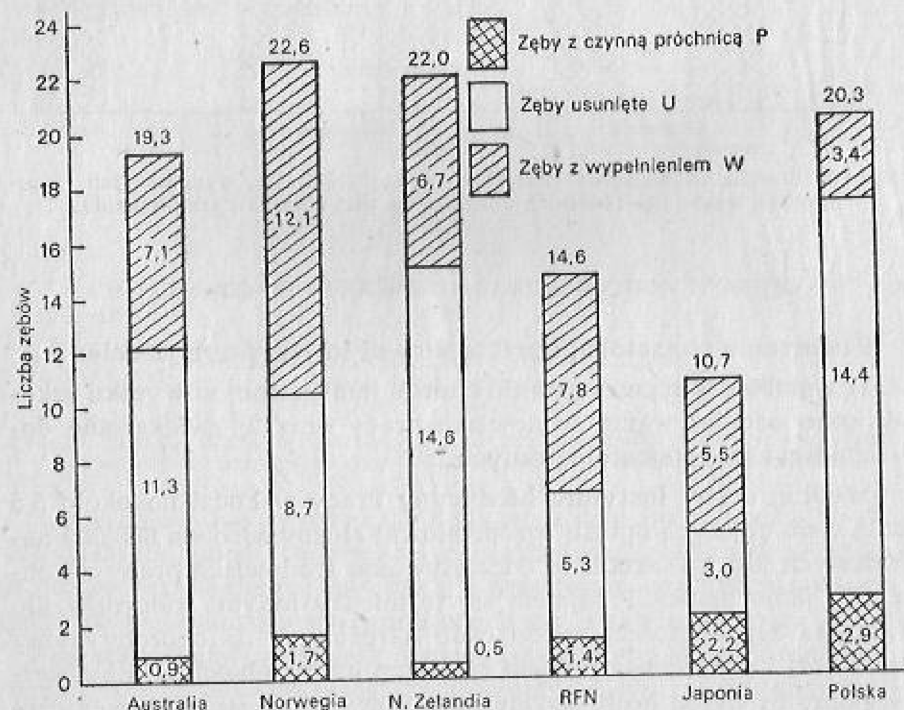
OPIEKA STOMATOLOGICZNA NAD ZAŁOGAMI PRACOWNICZYMI

Utworzeniu stomatologii przemysłowej towarzyszyły 2 cele:

1) zapobieganie powstawaniu chorób jamy ustnej w wyniku szkodliwego oddziaływania środowiska pracy oraz 2) zwiększenie dostępności usług stomatologicznych.

Według oceny Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi na około 5,5 mln osób objętych opieką przemysłowej służby zdrowia 800 000 narażonych jest na szkodliwe oddziaływanie środowiska pracy na narządy jamy ustnej. Przejawia się to między innymi zdecydowanie większą zapadalnością wśród osób narażonych na choroby błony śluzowej i przyzębia i o wiele cięższym ich przebiegiem niż obserwujemy to wśród osób wykonujących pracę nie stanowiącą zagrożenia. Skutkiem tych chorób jest zanik wyrostka zębodołowego, co

z kolei prowadzi do utraty w stosunkowo wczesnym okresie życia klinicznie zdrowych zębów. Szkodliwe oddziaływanie środowiska pracy prowadzi również do zwiększonej zapadalności na próchnicę zębów oraz częstego występowania stanów przedrakowych. W związku z tym stomatolodzy przemysłowi zostali zobowiązani do szczegółowego poznania warunków pracy, mechanizmów patogennego oddziaływania poszczególnych czynników oraz do podejmowania odpowiednich działań zapobiegawczych i leczniczych. Jednym z tego typu działań jest przeprowadzanie stomatologicznych badań okresowych — zwykle 2 razy w ciągu roku, a u osób o szczególnie dużym narażeniu, zaliczanych do grupy dyspanseryjnych — częściej. Podczas badania stomatologicznego lekarz stomatolog określa stan zdrowotny uzębienia, błony śluzowej i przyzębia, co jest najważniejsze, ustala wspólnie z pracownikiem program dalszego leczenia, uzgadniając daty następnych wizyt.



Ryc. 17. Stan zdrowotny uzębienia w wieku 35—44 lat.

Pomimo mniejszej liczby podopiecznych przypadających na 1 lekarza stomatologa przemysłowego w porównaniu z liczbą osób objętych taką opieką w poradni rejonowej dla ogółu mieszkańców, a także uwzględniając jego zdecydowanie większe możliwości bezpośredniego kontaktu z pacjentami (pracownikami zakładu przemysłowego) nie można stwierdzić, aby stan zdrowotny uzębienia osób objętych opieką przemysłowej służby zdrowia był lepszy od tego, jaki obserwujemy u osób korzystających z rejonowej opieki stomatologicznej. Stan zdrowotny u obu grup badanych stomatologicznie jest jednakowo bardzo niezadowalający (ryc. 17).

Na podstawie uzyskanych wyników, w ramach wspomnianego uprzednio międzynarodowego badania oceniającego efektywność opieki stomatologicznej w Polsce, można stwierdzić, że u przeciętnego Polaka w wieku 35—44 lat na 32 stałe zęby ponad 20 jest dotkniętych próchnicą lub jej skutkami.

Należy zwrócić uwagę na fakt, że przeciętnie każdej osobie, objętej badaniami, aż ponad 14 zębów usunięto, a tylko 3 zęby są wypełnione. Na ryc. 17 zilustrowano także stan zdrowotny uzębienia osób z innych krajów objętych badaniem.

OPIEKA STOMATOLOGICZNA W MIEJSCU ZAMIESZKANIA

Lekarz stomatolog wykonujący pracę w stomatologicznej poradni rejonowej w mieście powinien sprawować opiekę nad 3—4 tys. osób, a w środowisku wiejskim również nad 3—4 tys. Faktem jest, iż duży odsetek osób wchodzących w skład rejonu korzysta ze szkolnej oraz przemysłowej opieki stomatologicznej. Jednak w tych rejonach (zwykle są to wsie, małe osiedla i miasteczka o słabo rozwiniętym przemyśle), gdzie nie zorganizowano opieki stomatologicznej bezpośrednio w szkołach oraz przychodniach przyzakładowych, rejonowy lekarz stomatolog podejmuje zadania profilaktyczno-lecznicze dotyczące dzieci i młodzieży, kobiet ciężarnych oraz osób pracujących w środowisku pracy szkodliwie oddziałującym na narządy jamy ustnej. Są to tzw. stomatologiczne grupy szczególnej troski.

Pacjenci, którzy zgłaszają się do rejonowego lekarza stomatologa lub stomatologa w ośrodku zdrowia ze schorzeniami wymagającymi specjalistycznego leczenia z zakresu protetyki, parodontologii, orto-

doncji, chirurgii stomatologicznej, pedodoncji, kierowani są do obwodowej poradni stomatologicznej, funkcjonującej na obszarze każdego ZOZ-u.

11. LECZNICTWO UZDROWISKOWE I SANATORYJNE

Lecznictwo uzdrowiskowe jest jedną z form opieki zdrowotnej. Charakterystyczną jego cechą jest wykorzystanie właściwości leczniczych środowiska naturalnego, tj. właściwości leczniczych klimatu, wód, krajobrazu itp. Uzdrowiskiem klimatycznym nazywamy miejscowość, której głównym bogactwem jest korzystny klimat o wyraźnym oddziaływaniu leczniczym, a zdrojowiskiem — miejscowość, w której są wody mineralne lub lecznicze.

Od najdawniejszych czasów wiedziano o leczniczym działaniu zdrojowisk. Ze wzmianek o zdrojowiskach polskich z XI i XII wieku wynika, że były już znane wówczas Cieplice, Lądek, Szczawno.

Wiek XIX można uznać za okres rozwoju lecznictwa uzdrowiskowego w Europie, a więc także i na ziemiach polskich. W tym czasie powstały i rozbudowały się takie uzdrowiska polskie, jak Krynica, Szczawnica, Rabka, Zakopane, Busko, Ciechocinek, Inowrocław.

Rozbudowa miejscowości uzdrowiskowych nie była początkowo uregulowana żadnymi przepisami prawnymi. Pierwsza tego typu ustawa w Europie, zabezpieczająca uzdrowiska i ich zasoby naturalne, ukazała się we Francji w roku 1856. W Polsce pierwsza ustawa o uzdrowiskach została wydana w roku 1922 i obowiązywała aż do 1966 roku.

W okresie międzywojennym prawie całe lecznictwo zdrojowiskowe opierało się przede wszystkim na lecznictwie ambulatoryjnym. Lecznictwo sanatoryjne, zorganizowane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Ministerstwo Spraw Wojskowych oraz inne ministerstwa, dysponowało na terenie całej Polski tylko 17 sanatoriami (przeważnie działającymi sezonowo, przez 3—4 miesiące), o łącznej liczbie około 2000 łóżek.

Po drugiej wojnie światowej nastąpiło przejęcie przez państwo lecznictwa i gospodarki uzdrowiskowej oraz wprowadzenie nowych, nie znanych dotąd form organizacyjnych. Powstały sanatoria, szpitale uzdrowiskowe, profilaktyczne domy zdrowia, uruchomiono wczasy lecznicze w ramach Funduszu Wczasów Pracowniczych oraz wprowadzono bezpłatne lecznictwo ambulatoryjne.

Do niewątpliwych osiągnięć należy zaliczyć zlikwidowanie sezonowości uzdrowisk i przystosowanie ich do całorocznej działalności, uruchomienie sieci sanatoriów specjalistycznych i profilaktycznych domów zdrowia oraz zasadniczą zmianę składu socjalnego kuracjuszy przez upowszechnienie lecznictwa bezpłatnego.

Utworzenie w 1952 roku Instytutu Balneologicznego pozwoliło na prowadzenie badań naukowych w zakresię wykorzystania uzdrowisk dla celów lecznictwa i profilaktyki. Wprowadzono także fachowy nadzór nad pracą wybranych sanatoriów przez kliniki i instytuty.

ORGANIZACJA UZDROWISK W POLSCE

Uzdrowiskiem w myśl ustawy z 1966 roku jest miejscowość, która ma warunki niezbędne do prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego i w której cała działalność jest ukierunkowana w sposób gwarantujący rozwój tego lecznictwa.

Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego mogą być prowadzone przez organy resortu zdrowia i ministerstwa, którym podlegają resortowe służby zdrowia, oraz związki zawodowe, a ponadto przez inne organy i instytucje na podstawie zezwolenia wydziału zdrowia i opieki społecznej stopnia wojewódzkiego.

W 1968 roku uchwałą Rady Ministrów (nr 226/67) zostało powołane Zjednoczenie „Uzdrowiska Polskie", w którym zostały zgrupowane państwowe przedsiębiorstwa uzdrowiskowe. Do zadań Zjednoczenia należy m.in.:

a) ocena poziomu świadczeń zapobiegawczych i leczniczych udzielanych przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego nie będące jednostkami resortu zdrowia;

b) opracowywanie szczegółowych zasad wykorzystania warunków naturalnych w poszczególnych uzdrowiskach dla leczenia określonych chorób;

c) opracowywanie wniosków w sprawie powoływania i odwoływania naczelnych lekarzy uzdrowisk oraz projektów wytycznych dla ich działalności.

Naczelny lekarz uzdrowiska jest powoływany przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z właściwym wojewodą. Realizuje on na terenie uzdrowiska zasady polityki zdrowotnej i ochrony wartości leczniczych naturalnego środowiska oraz sprawuje nadzór od strony fachowo-lekarskiej nad poziomem świadczeń udzielanych przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego i ich prawidłowym funkcjonowaniem.

Przedsiębiorstwa uzdrowiskowe, na czele których stoi dyrektor, oprócz działalności podstawowej (tzn. leczniczej) prowadzą m.in. zakłady produkcji zdrojowej (wód leczniczych, stołowych, soli, ługu leczniczego, kostki borowinowej itp.), służącej do leczenia pozauzdrowiskowego.

W skład pionu leczniczego uzdrowisk wchodzą zarówno szpitale (uzdrowiskowe, sanatoria ogólne, sanatoria specjalistyczne, sanatoria lub wyodrębnione oddziały kliniczne, sanatoria dla dzieci), jak i ambulatoria (przyrodolecznictwo, kąpiele, inhalacje, elektro- i światłolecznictwo, masaże, rehabilitacja). Działalność lecznicza polega przede wszystkim na leczeniu chorób przewlekłych i rehabilitacji, utrwalaniu wyników leczenia szpitalnego oraz zapobieganiu nawrotom, powikłaniom lub zaostrzeniom chorób przewlekłych. Działalnością tą — poza chorymi skierowanymi do szpitali i sanatoriów uzdrowiskowych — są objęte także osoby skierowane na leczenie ambulatoryjne lub przebywające na tzw. wczasach leczniczych.

ZASADY KWALIFIKOWANIA CHORYCH DO LECZENIA UZDROWISKOWEGO

W 1979 roku w uzdrowiskach polskich było 40 800 łóżek, w tym 3000 łóżek dla dzieci. W uzdrowiskach tych przebywało w 1979 roku prawie 809 000 kuracjuszy oraz udzielono 354 500 porad w przychodniach uzdrowiskowych.

Leczenie uzdrowiskowe ambulatoryjne występuje w 2 formach:

1) wczasów leczniczych 21-dniowych (zakwaterowanie i wyżywienie w domach FWP);

2) leczenia ambulatoryjnego osób mieszkających w prywatnych kwaterach, a korzystających z bezpłatnego leczenia na podstawie skierowania otrzymanego w wydziale zdrowia w miejscu zamieszkania.

Lekarz zakładu lecznictwa społecznego wystawia wniosek o potrzebie leczenia uzdrowiskowego na podstawie dotychczasowej obserwacji chorego i wyników leczenia, wyników badań pomocniczych oraz orzeczeń lekarzy specjalistów.

Lekarz powinien uzasadnić potrzebę leczenia uzdrowiskowego i wnioskować o jego formie.

Kierowanie do uzdrowisk, w których istnieją ośrodki naukowo-lecznicze, dotyczy chorych leczonych uprzednio w klinice lub innej instytucji kierującej. Ostateczna decyzja o zakwalifikowaniu na leczenie nie należy do lekarza konsultanta i komisji, lecz do klinicznej komisji balneologicznej, powołanej przez kierownika kliniki, pod której opieką znajduje się uzdrowiskowy ośrodek naukowo-leczniczy. Komisja ta może orzec w wyjątkowych przypadkach o leczeniu w ramach niezdolności do pracy.

Kwalifikowanie na leczenie poszpitalne podlega specjalnym przepisom. Skierowanie na wniosek szpitala leczącego wydaje ze specjalnej puli miejsc komisja przy wojewódzkim szpitalu zespolonym, której przewodniczącym jest specjalista wojewódzki do spraw balneologii. Od 1962 roku została zapoczątkowana nowa forma leczenia, tzw. uzdrowiskowa rehabilitacja poszpitalna i specjalistyczna. Wnioski na tę formę leczenia wystawia szpital lub (w takich jednostkach chorobowych, jak: cukrzyca, ołowica, pylica itp.) przychodnia specjalistyczna. Rehabilitacja uzdrowiskowa stanowi dalszy ciąg leczenia klimatycznego i szpitalnego; ma ona na celu poprawę i utrwalenie wyników leczenia oraz skrócenie postępowania usprawniającego. Jest cennym przygotowaniem do rehabilitacji społeczno-zawodowej, której zadaniem jest umożliwienie choremu lub inwalidzie podjęcie pracy i zajęcie właściwego miejsca w rodzinie, w zakładzie pracy i społeczeństwie. Ośrodki rehabilitacji poszpitalnej zajmują się leczeniem balneoklimatycznym chorób narządów ruchu, stanów pooperacyjnych układu trawiennego, chorób układu krążenia, stanów pooperacyjnych w zakresie kardiochirurgii i chorób kobiecych.

Rozdział VII

OPIEKA ZDROWOTNA NAD WYBRANYMI GRUPAMI LUDNOŚCI

Przedstawiony w poprzednich rozdziałach opis organizacji i zasad działania społecznej służby zdrowia w naszym kraju nie byłby pełny bez omówienia tych działów opieki zdrowotnej, które obejmują wybrane grupy ludności, stanowiące przedmiot szczególnej troski władz państwowych i społeczeństwa. W polityce zdrowotnej naszego państwa kładzie się m.in. nacisk na ochronę macierzyństwa i zdrowia dziecka, której celem jest zapewnienie prawidłowego rozwoju biologicznego społeczeństwa; na opiekę zdrowotną nad pracującymi (w miastach i wsiach), której celem jest zapewnienie prawidłowego rozwoju gospodarczego i kulturalnego społeczeństwa; na opiekę zdrowotną nad inwalidami, ludźmi starymi, której celem jest przedłużenie aktywnego życia społeczeństwa, oraz na zapobieganie i zwalczanie tzw. chorób społecznych — dominujących wśród przyczyn chorobowości, inwalidztwa i zgonów — w celu zmniejszenia strat biologicznych i społecznych przez nie wywoływanych. Tak więc względy biologiczne, społeczne, ekonomiczne i humanitarne wpływają na rozwój specjalnych form opieki zdrowotnej dla wybranych grup ludności.

W tym rozdziale zostaną omówione zagadnienia opieki zdrowotnej dla grup ludności otoczonych szczególną troską, uwzględniając ochronę macierzyństwa i zdrowia dziecka oraz opiekę zdrowotną nad pracującymi w przemyśle, ludnością wiejską, inwalidami i ludźmi starymi.

1. OCHRONA MACIERZYŃSTWA I ZDROWIA DZIECKA

Problem ochrony zdrowia matki i dziecka był od początku lat powojennych centrum zainteresowania naszych władz państwowych, czego wyrazem było między innymi utworzenie w roku 1949 Departamentu Matki i Dziecka w Ministerstwie Zdrowia, ośrodków matki i dziecka na szczeblu województwa oraz sieci poradni rejonowych. Rozwijano równolegle badania naukowe, rozszerzano szko-

lenie i doszkalanie kadr fachowych z pomocą Instytutu Matki i Dziecka oraz katedr pediatrycznych i położniczych akademii medycznych.

Zatwierdzone w 1975 roku przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej szczegółowe programy stały się w praktyce wytycznymi działania w zakresie szeroko pojętej opieki nad kobietami, dziećmi i młodzieżą. Przyjęto koncepcję medycyny wieku rozwojowego, łączącej m.in. pediatrię z medycyną szkolną, integracji opieki zdrowotnej mającej na celu stworzenie rejonów pediatryczno-szkolnych, wprowadzenia systemu badań przesiewowych i bilansowych (w grupach wieku 0, 2, 4, 6, 10, 14, 18 lat) oraz modyfikacji układu grup dyspanseryjnych. Idea wszystkich tych zmian była słuszna w założeniach docelowych. Wszystkie one miały stworzyć całościowy, tzn. jednolity i wzajemnie się uzupełniający system opieki zdrowotnej nad populacją w wieku 0—18 lat.

Przyjęcie tej koncepcji spowodowało, że programy dalszego rozwoju opieki zdrowotnej nad kobietami i populacją w wieku rozwojowym po raz pierwszy objęły całokształt działań na rzecz dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat włącznie, rozszerzony o okres życia płodowego dziecka. W zakres opieki zdrowotnej nad populacją w wieku rozwojowym włączone zostały również zagadnienia związane z prokreacją, planowaniem rodziny oraz ciążą, porodem i połogiem.

W nowy sposób określone zadania programowe i nowa struktura organizacyjna służby zdrowia przyniosły w efekcie unowocześniony system opieki zdrowotnej nad dziećmi, młodzieżą i kobietami. System ten opiera się na następujących założeniach:

1. Opieka zdrowotna nad populacją w wieku rozwojowym jest integralną częścią opieki zdrowotnej nad ogółem ludności.

2. Właściwości biologiczne wieku rozwojowego i specyfika problemów zdrowotnych tego wieku wymagają kompleksowego traktowania ochrony zdrowia dziecka od poczęcia do osiągnięcia pełnej dojrzałości fizycznej i psychicznej. Wymaga to zachowania merytorycznej i organizacyjnej odrębności działań w ramach zespolonej opieki zdrowotnej nad ogółem ludności.

Opieka zdrowotna nad populacją wieku rozwojowego obejmuje ochronę macierzyństwa z włączeniem działania prokreacyjnego, opiekę podstawową w środowisku zamieszkania i nauki oraz opiekę

specjalistyczną. W jej zakres wchodzi działanie zapobiegawcze, lecznicze i rehabilitacyjne, z wyeksponowaniem profilaktyki jako działania najbardziej efektywnego.

Zgodnie z przyjętymi założeniami, służba zdrowia skoncentrowała się na działaniach mających na celu:

a) objęcie wszystkich ciężarnych wczesną, systematyczną i kompleksową opieką przedporodową;

b) poprawę poziomu fachowego pomocy położniczej i opieki poporodowej nad położnicą i noworodkiem;

c) dalszy rozwój profilaktycznej i leczniczej opieki nad niemowlęciem i obniżenie umieralności niemowląt;

d) unowocześnienie pracy służby zdrowia w zapobieganiu chorobom uwarunkowanym genetycznie oraz wadom wrodzonym, ich wczesne wykrywanie, leczenie i rehabilitację;

e) wprowadzenie do metodyki opieki zdrowotnej nad populacją w wieku rozwojowym badań przesiewowych i bilansów zdrowia oraz zapewnienie rozwoju czynnej opieki leczniczej nad dziećmi rejestrowanymi w grupach dyspanseryjnych;

f) zapobieganie próchnicy zębów i dalszy rozwój planowej opieki stomatologicznej;

g) usprawnienie opieki zdrowotnej nad uczniami i studentami w środowisku nauczania;

h) zapewnienie opieki dzieciom w wieku do lat 3 matek pracujących;

i) przygotowanie młodzieży do przyszłych funkcji rodzicielskich oraz rozwój poradnictwa rodzinnego.

Realizacja wymienionych wyżej celów wymagała usprawnienia organizacji dotychczasowego systemu opieki i wyrównania dysproporcji istniejących w tym zakresie między poszczególnymi obszarami kraju.

Podjęte wysiłki przyniosły poprawę w opiece zdrowotnej nad populacją w wieku rozwojowym. Najbardziej widocznym tego efektem jest obniżenie współczynnika umieralności niemowląt z 33,4‰ w roku 1970 do 20,3‰ w roku 1980, znamienne zmniejszenie zapadalności dzieci na choroby zakaźne, liczby zgonów kobiet w związku z ciążą, porodem i połogiem (1970 r. — 253, 1977 r. — 172). Osiągnięte rezultaty były przede wszystkim konsekwencją rozwoju świadczeń służby zdrowia na rzecz matki i dziecka.

Dynamiczne zmiany somatyczne i psychiczne, składające się na rozwój organizmu dziecięcego, są podstawą podziału życia dziecka na następujące okresy:

a) życie płodowe,

b) przełom porodowy,

c) okres noworodka,

d) okres niemowlęcy,

e) okres wczesnego dzieciństwa,

f) wiek przedszkolny,

g) wiek szkolny,

h) wiek młodzieżowy.

W każdym z tych okresów życia dziecka występują znamienne odrębności zarówno fizjologiczne, jak i w dziedzinie patologii. Najjaskrawsze z nich w stosunku do ustroju dorosłego występują w okresie najwcześniejszym, później są one coraz mniejsze. Działalność mająca na celu ochronę zdrowia dziecka jest, ze względu na dobór metod, dostosowana do jego okresów rozwojowych i od nich uzależniona.

OPIEKA PRZEDPORODOWA

Opieka nad dzieckiem rozpoczyna się od opieki nad kobietą ciężarną. W prawidłowej ciąży obserwacja, czynne poradnictwo, dokładna kontrola lekarska w poszczególnych miesiącach ciąży, wykrywanie szkodliwości i wpływanie na poprawę warunków pracy kobiety, szeroko pojęta oświata zdrowotna, wczesne wykrywanie i leczenie chorób — umożliwiają doprowadzenie kobiety ciężarnej do prawidłowego porodu i przyczyniają się do urodzenia zdrowego noworodka.

Opiekę przedporodową dla kobiet ciężarnych w mieście i na wsi prowadzą poradnie K zespołów opieki zdrowotnej bądź dojazdowe punkty opieki położniczo-ginekologicznej (organizowane w ośrodkach zdrowia i izbach porodowych).

Opieka profilaktyczna w okresie ciąży jest udzielana powszechnie i bezpłatnie.

W 1979 roku w poradniach dla kobiet pracowało 864 lekarzy na pełnych etatach, a łącznie z zatrudnieniem godzinowym w przeliczeniu na równoważniki etatowe — 1215 (odpowiednio w 1975 r. —

831 i 1131). Osiągnięty przyrost zatrudnienia nie jest jeszcze wystarczający.

W resortowym programie poprawy opieki zdrowotnej nad kobietami do 1990 roku przyjęto założenie, że rejon poradni dla kobiet powinien obejmować 3—4 ogólne rejony zapobiegawczo-lecznicze, tj. średnio ok. 9—12 tys. ludności. Tymczasem w 1979 roku na równoważnik etatowego zatrudnienia lekarza-ginekologa przypadało średnio w kraju 18 600 mieszkańców, korzystających z opieki podstawowej w mieście.

Podkreślić także należy, iż dla prawidłowej działalności poradni powinno przypadać: 2 etaty położnej na 1 etat lekarza ginekologa, wówczas mogą one w pełni wykonywać swoje zadania, zwłaszcza z zakresu oświaty zdrowotnej, nadzoru nad zgłaszalnością kobiet z grup specjalnej troski, a także brać udział w pracy terenowej.

Ważną rolę w podstawowej opiece zdrowotnej nad kobietami zarówno w miastach, jak i na wsi, spełniają *położne rejonowe*. Zadaniem ich jest praca profilaktyczna w środowisku zamieszkania ciężarnych, położnic i niemowląt. Sieć położnych rejonowych nie jest wystarczająca, zwłaszcza na wsi. W 1979 roku było w kraju 1474 położnych rejonowych w miastach i 952 na wsi. Według założeń programu poprawy opieki zdrowotnej nad kobietami do 1990 roku w każdym gminnym ośrodku zdrowia powinna być przynajmniej 1 położna rejonowa, niezależnie od pielęgniarek środowiskowych.

Miernikiem oceny działalności podstawowej opieki nad kobietami w społecznej służbie zdrowia są wskaźniki wczesnego objęcia opieką ciężarnych i ciągłości opieki przedporodowej.

W latach 1975—1979 sukcesywnie wzrastał wskaźnik wczesnej, tj. przed ukończeniem 3 miesięcy ciąży, zgłaszalności kobiet ciężarnych do rejonowych poradni w miastach; w 1975 roku — 36,4% ogółu zgłaszających się po raz pierwszy, w 1977 — 40,8%, w 1979 — 44,9%. Według wymagań współczesnej perinatologii wartość tego wskaźnika nie jest zadowalająca, ponieważ początkowy okres rozwoju ciąży, podobnie jak i jej ostatni trymestr, wymagają szczególnego nadzoru profilaktyczno-leczniczego.

Wskaźnik ciągłości opieki, tj. średnia liczba porad przypadająca na 1 ciężarną, też ulega stopniowej, aczkolwiek zbyt

wolnej poprawie: w 1975 roku wskaźnik ten wynosił w kraju 4,4, w 1977 — 4,8, w 1979 — 5,6. Według opinii specjalistów optymalny nadzór profilaktyczny nad rozwojem ciąży i zdrowiem matki powinien obejmować średnio około 10 badań kontrolnych od wczesnego okresu ciąży, ze szczególnym zwróceniem uwagi na ostatni trymestr. Zwiększa to możliwość wykrycia stanów zagrożenia ciąży, a zwłaszcza zapobiegania jej przedwczesnemu zakończeniu, a tym samym dodatnio wpływa na stan zdrowotny populacji w wieku rozwojowym.

W przypadku ciąży powikłanej istnieje możliwość przeciwdziałania niebezpieczeństwu zagrażającemu matce i dziecku przez skierowanie kobiety ciężarnej do poradni specjalistycznej lub oddziału patologii ciąży w szpitalu. Tak więc systematyczna opieka medyczna nad kobietą ciężarną może w znacznym stopniu wpływać na prawidłowy przebieg ciąży oraz zapobiegać przedwczesnym porodom, urazom porodowym (zamartwicy, niedodmie, wylewom krwawym) oraz wadom rozwojowym czy chorobie noworodka.

Poza tą zasadniczą działalnością, jaką jest opieka przedporodowa, poradnie dla kobiet w miastach prowadzą także leczenie chorób ginekologicznych i badania profilaktyczne kobiet. W 1979 roku przyjęto ambulatoryjnie (razem z ciężarnymi) 7,8 mln kobiet, z tego zbadano profilaktycznie 1,6 mln, a z chorobami ginekologicznymi 3,5 mln. Według oceny nadzoru specjalistycznego szczególnej uwagi zarówno lekarzy, jak i położnych wymaga propagowanie zapobiegania niepożądanej ciąży, a także profilaktyka chorób nowotworowych narządu rodnego.

OPIEKA PORODOWA

Drugim okresem wymagającym szczególnie czujnej opieki lekarskiej nad matką i dzieckiem jest tzw. *przełom porodowy*. Okres ten stwarza zagrożenie zarówno dla matki (powikłania krwotoczne, zatrucie ciążowe itp.), jak i dla noworodka. Zmiana warunków (z życia wewnątrzmacicznego do świata zewnętrznego) przy niedojrzałości narządowej i enzymatycznej noworodka może prowadzić do uszkodzeń groźnych dla jego życia lub wywołujących trwałe inwalidztwo fizyczne bądź psychiczne. Prawidłowy poród pod fachowym nadzorem medycznym jest więc także ważnym czyn-

nikiem warunkującym urodzenie zdrowego noworodka oraz chroniącym kobietę ciężarną przed niebezpiecznymi powikłaniami.

Dążeniem organizatorów opieki położniczo-ginekologicznej jest osiągnięcie hospitalizacji wszystkich porodów. W 1980 roku blisko 98% porodów w Polsce odbyło się na oddziałach położniczych lub izbach porodowych. Dążność do pełnej hospitalizacji porodów jest słuszna choćby dlatego, że nawet fizjologicznie przebiegający poród może być nagle powikłany (np. krwotokiem lub pęknięciem macicy). Opóźnienie w takich przypadkach transportu do szpitala może stać się przyczyną śmierci kobiety rodzącej.

OPIEKA POPORODOWA

Pełna hospitalizacja umożliwia lepsze wykorzystanie kwalifikowanego personelu medycznego do opieki poporodowej nad matką i niemowlęciem.

Po porodzie w razie wystąpienia zamartwicy noworodka, niedodmy czy wylewu krwawego jest niezbędna odpowiednia i szybka pomoc pediatry. Dlatego pediatra musi ściśle współpracować z położnikiem. Na oddziale noworodków pediatra czuwa nad tym, by nie dopuścić do zakażenia noworodka, uchronić go przed infekcjami zewnątrzpochodnymi. Sala porodowa oddziału położniczego i związany z nim oddział noworodków muszą być odpowiednio urządzone i przystosowane, a personel zajmujący się noworodkami powinien być specjalnie wyszkolony i reprezentować wysoki poziom wiedzy fachowej. Poza wyposażeniem jedną z najbardziej czułych spraw jest odpowiedni stan sanitarny tych oddziałów.

W zakresie profilaktyki okresu niemowlęcego do lekarza pediatry należy przede wszystkim zapobieganie zaburzeniom w odżywianiu, biegunkom, krzywicy, zapaleniom płuc oraz chorobom zakaźnym. Opieka nad dzieckiem w okresie wczesnego dzieciństwa i w wieku przedszkolnym sprowadza się głównie do zapobiegania chorobom zakaźnym, chorobom układu oddechowego i układu trawienia oraz urazom i wypadkom. W wieku szkolnym i młodzieńczym należy zapobiegać chorobom związanym z nauką w szkole (wady postawy, skrzywienia kręgosłupa itp.).

Podstawowymi zadaniami służby pediatrycznej jest zapewnienie odpowiednich sił biologicznych populacji dziecięcej, zmniejszenie

zachorowalności i umieralności (głównie niemowląt), które są najbardziej wrażliwe na czynniki chorobotwórcze. Podstawą prawidłowej działalności jest stosowanie jak najszerzej pojętej profilaktyki łącznie z czynnym poradnictwem wykazującym dokładną znajomość terenu działania (pod względem demograficznym, sanitarnym, kulturalnym i ekonomicznym).

Istotnym warunkiem skutecznej opieki nad matką i dzieckiem jest jej bezpłatność, powszechność i dostępność.

ORGANIZACJA PEDIATRYCZNEJ SŁUŻBY ZDROWIA

Na terenie poszczególnych województw istnieją **przychodnie matki i dziecka** podległe pod względem administracyjnym terenowym wydziałom zdrowia i opieki społecznej, a fachowo Instytutowi Matki i Dziecka. Na czele przychodni stoi kierownik, który zajmuje się organizacją i nadzorem wszystkich zakładów sprawujących opiekę nad matką i dzieckiem na terenie województwa.

Z przychodnią matki i dziecka szczebla wojewódzkiego ściśle współpracują pod względem fachowym **specjaliści wojewódzcy** w zakresie pediatrii oraz położnictwa i ginekologii. Przychodnia jest zobowiązana do udzielania konsultacji, prowadzenia masowych akcji zapobiegawczych (np. przeciwbiegunkowej, przeciwkrzywiczej itp.), opracowywania informacji statystycznych, podnoszenia fachowego poziomu pracowników w nadzorowanych zakładach, prowadzenia akcji świadomego macierzyństwa oraz koordynowania oświaty zdrowotnej w placówkach ginekologiczno-położniczych i pediatrycznych. Wojewódzka Przychodnia Matki i Dziecka ściśle współpracuje ze stacją sanitarno-epidemiologiczną oraz poradniami specjalistycznymi.

Podstawową komórką organizacyjną sprawującą opiekę zdrowotną nad dzieckiem w okresie niemowlęcym, wczesnego dzieciństwa, przedszkolnym i szkolnym jest **poradnia dla dzieci**. Poradnia ta wchodzi w skład przychodni rejonowej (omówionej w rozdziale VI). Praca poradni dla dzieci jest zrejonizowana. Rejon pediatryczno-szkolny nie powinien mieć więcej niż 1200—1500 dzieci pod swoją opieką. Poradnie obejmują opieką profilaktyczno-leczniczą dzieci i młodzież do lat 18. Podstawowymi pracownikami me-

dycznymi poradni są lekarz pediatra i pielęgniarka. Udzielają oni porad w ambulatorium oraz w domu podopiecznego. Lekarz kieruje pracą pielęgniarki, nadzoruje jej pracę w poradni i terenie, ocenia wykonanie szczepień.

Lekarz poradni odpowiada za stan zdrowia, rozwój fizyczny i psychiczny dzieci urodzonych i zamieszkałych w rejonie poradni. Poradnia jest obowiązana do prowadzenia grup dyspanseryjnych, obejmujących stany niedoboru wagi, krzywicę, dzieci z kontaktów gruźliczych, dzieci ze środowisk zaniedbanych, dzieci alkoholików, dzieci ze skazą alergiczną, bliźnięta i wcześniaki. Są to tzw. dzieci specjalnej troski, którym lekarz powinien zapewnić maksymalną opiekę poprzez systematyczne badania kontrolne.

O dobrej pracy poradni świadczy między innymi wczesne objęcie opieką lekarską wszystkich niemowląt (nie później niż w 4 tygodniu życia). Systematyczne badanie kontrolne rozwoju fizycznego i psychomotorycznego dziecka powinno obejmować w pierwszym roku życia 12 badań lekarskich (przynajmniej co 2 tygodnie w ciągu pierwszych 3 miesięcy życia, co miesiąc do 6 miesiąca życia, raz na 6 tygodni do końca roku). W 2 roku życia lekarz powinien kontrolować dziecko 1 raz w kwartale, a od 3 roku życia raz na pół roku.

Na wsi opiekę nad dzieckiem sprawuje ośrodek zdrowia. Zadania ośrodka zdrowia są analogiczne do zadań poradni dla dzieci w mieście. Realizację ich utrudnia jednak rozległość terenu oraz trudności komunikacyjne. Dlatego z pełnej opieki korzystają najczęściej dzieci zamieszkałe na terenie działania ośrodka zdrowia i najbliższych okolic. Wszystkie dzieci muszą mieć jednak zapewnione minimum świadczeń profilaktycznych — podanie we właściwym czasie leków przeciw krzywicy, wykonanie szczepień ochronnych oraz badania lekarskie w 1 miesiącu życia, w 2 kwartale i w 2 półroczu. Należy też wyjaśnić matce korzyści wynikające z karmienia dziecka piersią. Pracę ośrodka zdrowia uzupełniają punkty dojazdowe lekarzy pediatrów.

Opiekę nad populacją wieku rozwojowego pełni w poradniach dla dzieci w miastach 3488 pediatrów zatrudnionych etatowo, a łącznie z zatrudnieniem godzinowym w przeliczeniu na równoważniki etatowe 3860. W poradniach dla dzieci na wsi zatrudnionych jest

etatowo 388 pediatrów, a łącznie z zatrudnieniem godzinowym w przeliczeniu na równoważniki etatowe 433.

Liczba udzielonych w ciągu roku przez lekarzy porad dla dzieci zwiększyła się z 24 mln w 1975 roku do 28 mln w roku 1979 (przy wzroście liczby dzieci w tym okresie o około 600 000 i zwiększonym zatrudnieniu lekarzy pediatrów o 598 etatów).

W roku 1979 z ogólnej liczby dzieci zdrowych — przyjętych w ramach badań profilaktycznych po raz pierwszy — badania niemowląt stanowiły 73,3%. Przeciętnie każde zdrowe dziecko do 1 roku życia było poddawane sześciokrotnie badaniu profilaktycznemu.

System bilansów zdrowia zastąpił tradycyjne badania okresowe w przedszkolu i szkole. Ujednolicona i upowszechniona metodyka badania miała na celu identyfikację czynnej opieki oraz uzyskanie porównywalnych danych o stanie zdrowia populacji w różnych środowiskach. Co rok wykonuje się w Polsce około 4 mln bilansów zdrowia, a w ich ramach około 30 mln testów diagnostycznych, około 24 mln badań przesiewowych w okresach między bilansami i około 3,5 mln okresowych kontroli lekarskich niemowląt. Badaniami bilansowymi objętych jest około 69% dzieci i młodzieży podlegających tym badaniom.

Odsetek uczniów zakwalifikowanych do grup dyspanseryjnych w ramach badań bilansowych dzieci w wieku 6, 10, 14 lat wynosi 29,4%, co stanowi w liczbach bezwzględnych 428 000 osób. Podstawowym problemem zdrowotnym dzieci szkolnych poza próchnicą zębów są: wady wzroku, wady postawy, skrzywienia kręgosłupa i inne zaburzenia w statyce ciała i narządu ruchu, zmiany w rozwoju somatycznym, przewlekłe choroby nosogardła i uszu oraz zaburzenia słuchu i mowy.

Zarówno w mieście, jak i na wsi bardzo ważną sprawą jest przestrzeganie szczepień ochronnych zgodnie z obowiązującym kalendarzem (patrz rozdz. III). Liczba szczepień ochronnych wykonywanych corocznie u dzieci przekracza 40 mln.

ORGANIZACJA OPIEKI NAD DZIECKIEM CHORYM

W razie nagłego zachorowania lub wypadku pomoc medyczną zapewniają dzieciom placówki pogotowia ratunkowego. Każde zgłoszenie chorego dziecka do lat 3 od godziny 19^{00} do 8^{00} musi być

traktowane jako nagłe i zagrażające śmiercią lub długotrwałą chorobą. We wszystkich większych stacjach pogotowia ratunkowego zorganizowano zespoły pediatryczne, mające odpowiednie kwalifikacje w udzielaniu pomocy doraźnej dzieciom.

Opiekę szpitalną nad dzieckiem sprawują bądź szpitale dziecięce, bądź oddziały dziecięce w szpitalach ogólnych. Szpital dziecięcy ma tę przewagę nad oddziałami dziecięcymi w szpitalach ogólnych, że zarówno personel medyczny, jak i administracja szpitala są nastawieni wyłącznie na sprawy dziecka. Poza sprawami czysto fachowymi (leczniczo-diagnostycznymi) w szpitalach dziecięcych organizowane jest szkolenie dzieci przewlekle chorych oraz prowadzone są zajęcia zabawowo-wychowawcze dla dzieci w wieku przedszkolnym.

Opieka nad dzieckiem przewlekle chorym jest zorganizowana zarówno w ambulatoryjnej, jak i stacjonarnej opiece zdrowotnej. Dzieckiem przewlekle chorym zajmują się poradnie specjalistyczne (przeciwgruźlicza, reumatologiczna, onkologiczna, usprawniania leczniczego, zdrowia psychicznego i inne). Poradnie specjalistyczne są organizowane przy klinikach, wojewódzkich szpitalach zespolonych lub w wojewódzkich przychodniach specjalistycznych. Do zadań tych poradni należy stawianie diagnozy w przypadkach trudnych, leczenie i prowadzenie rehabilitacji oraz kierowanie do leczenia sanatoryjnego lub wypoczynkowego (kolonie zdrowotne i specjalne).

Do sanatorium są kierowane dzieci bądź bezpośrednio z oddziału szpitalnego, bądź z poradni specjalistycznej. Leczenie sanatoryjne stanowi dalszy ciąg leczenia farmakologicznego, a ponadto wykorzystuje czynniki wypoczynkowe, klimatyczne i balneologiczne. Sanatoria są organizowane głównie w uzdrowiskach. Obecnie istnieją sanatoria dla dzieci chorych na choroby dróg oddechowych, wady serca, cukrzycę, dla rekonwalescentów po wirusowym zapaleniu wątroby oraz dla dzieci z uszkodzeniem narządu ruchu. Oprócz tego istnieje sieć sanatoriów dla dzieci chorych na gruźlicę. W sanatoriach jest organizowane (przez kuratoria okręgów szkolnych) nauczanie zgodne z programem szkolnym. Nauka jest równocześnie cennym czynnikiem terapii zajęciowej.

Ponieważ dzieci chore nie były przyjmowane na zwykłe kolonie i często najbardziej potrzebujące wypoczynku spędzały wakacje

w miastach — zorganizowano kolonie zdrowotne, gdzie oprócz opieki wychowawczej zapewniona jest opieka lekarska i pielęgniarska. Kolonie te organizuje i finansuje resort oświaty, a placówki podległe ministerstwu zdrowia zapewniają obsadę fachową. Okres pobytu dziecka na koloniach zdrowotnych trwa 4—8 tygodni. W organizowaniu tych kolonii biorą udział zakłady pracy i liczne organizacje społeczne.

OPIEKA NAD DZIECKIEM KOBIETY PRACUJĄCEJ

Do zadań pionu opieki nad matką i dzieckiem w służbie zdrowia należy również stworzenie warunków wychowawczych dla dzieci kobiet pracujących, których udział we wszystkich dziedzinach życia społecznego, ekonomicznego i kulturalnego zwiększa się stale. Instytucjami opieki nad dzieckiem kobiety pracującej są żłobki i przedszkola.

Żłobki są zakładami społecznej służby zdrowia przeznaczonymi dla dzieci od 6 tygodnia do 3 roku życia. Żłobki zapewniają opiekę nad dzieckiem kobiety pracującej. W wyjątkowych przypadkach mogą być kierowane do żłobków dzieci kobiet nie pracujących, których ciężkie warunki bytowe, wielodzietność lub przypadki losowe nie pozwalają zapewnić dziecku prawidłowej opieki domowej. Żłobki mogą być stałe lub sezonowe. Te ostatnie są organizowane na wsiach w czasie robót w polu w PGR i spółdzielniach produkcyjnych.

W zależności od organizacji pracy dzielimy żłobki na dzienne i tygodniowe. W wyjątkowych przypadkach mogą być organizowane żłobki dwuzmianowe.

Żłobki dzienne są to zakłady, które przyjmują dzieci na pobyt dzienny na czas pracy matki. Żłobki dzienne są najbardziej wskazanym i racjonalnym zakładem opieki nad dzieckiem kobiety pracującej, gdyż zapewniają fachową opiekę wychowawczą, pielęgniarską i lekarską w czasie pracy kobiety, natomiast przez pozostały czas dziecko jest wychowywane w domu, co zapewnia normalny jego rozwój i więź z rodziną.

Żłobki tygodniowe przyjmują dzieci w wieku od 6 miesięcy do 3 lat na okres 6 dni roboczych na całodobowy pobyt dziecka. Na niedzielę i święta dziecko jest oddawane do domu. Żłobki

tygodniowe są formą pośrednią między żłobkiem a domem małych dzieci. Tworzenie ich jest konieczne, gdyż zawsze jest pewien odsetek kobiet, które nie mogą zapewnić dziecku opieki w ciągu całej doby (np. kobiety dojeżdżające do pracy z dalekich ośrodków, rodziny nie mające mieszkania itp.). Jest to forma konieczna, ale na wychowanie dziecka nie wpływa dodatnio, ze względu na znaczne ograniczenie kontaktu dziecka z rodziną.

P r z e d s z k o l a są instytucjami organizowanymi i finansowanymi przez resort oświaty. Resort zdrowia i opieki społecznej zatrudnia tylko lekarza i pielęgniarkę. Przedszkola zapewniają opiekę dzieciom od 3 do 6 roku życia.

OPIEKA NAD DZIECKIEM POZBAWIONYM RODZINY

Dziecko może być pozbawione rodziny trwale lub przejściowo. Trwałe pozbawienie rodziny dotyczy dzieci całkowicie osieroconych, porzuconych lub dzieci rodziców pozbawionych sądownie władzy rodzicielskiej. Przejściowe pozbawienie rodziny może być także następstwem przewlekłej choroby rodziców (gruźlica, alkoholizm, choroby psychiczne), przejściowych trudności bytowych lub lokalowych rodziny, klęsk żywiołowych, w czasie których rodzice nie mogą czasowo zająć się dzieckiem. W tych przypadkach dzieci mają zorganizowaną opiekę w odpowiednich zakładach opiekuńczych.

Z a k ł a d y o p i e k u ń c z e są formą niedoskonałą, doraźnym zaspokojeniem potrzeb, mają bardzo dużo ujemnych stron. Przede wszystkim nie zapewniają one ciepła rodzinnego i nawet przy najlepiej zorganizowanej pracy nie zaspokajają potrzeb emocjonalnych dziecka, co może mieć ujemny wpływ na rozwój jego osobowości.

Zakładami opiekuńczymi są domy małych dzieci, przede wszystkim przeznaczone dla dzieci w wieku od 0 do 3 lat. W niektórych wyjątkowych przypadkach mogą w nich przebywać matki. Są one przyjmowane od 7 miesiąca ciąży i powinny być wypisane z zakładu po 5-miesięcznym pobycie (tzn. gdy niemowlę ma ukończone 3 miesiące). Kobiety przebywające w zakładzie pielęgnują niemowlęta pod nadzorem personelu fachowego, co je przysposabia — tak jak szkoła matek — do pielęgnowania własnego dziecka.

Opieka nad dzieckiem w zakładzie opiekuńczym jest zbliżona do opieki w żłobkach. W zakładzie tym, oprócz zwykłego personelu

fachowego, lekarskiego i pomocniczego, jest zatrudniony także psychiatra, który czuwa nad psychicznym rozwojem dzieci. Zakład udziela kobietom i dzieciom pomocy społeczno-prawnej, występując do sądów o alimenty, uznanie ojcostwa, adopcję itp.

Inną formą opieki nad dzieckiem pozbawionym rodziny jest a d o p c j a, czyli przysposobienie dziecka trwale pozbawionego rodziny do przyjęcia przez rodzinę zastępczą. W Polsce adoptować dzieci mogą nie tylko małżeństwa, ale i osoby samotne (pełnoletnie). Nie ma też ograniczeń natury majątkowej, jeśli osoba przysposabiająca ma możliwości wychowania dziecka. W 1964 roku Sejm uchwalił nowy Kodeks Rodzinny i Opiekuńczy, który wprowadził ułatwienia w adopcji. Z chwilą przysposobienia dziecka rodzina adoptująca przejmuje wszelkie prawa rodzicielskie, a dziecko w przyszłości ma takie same obowiązki w stosunku do rodziców adoptujących, jak dziecko właściwych rodziców. Głównie adoptowane są dzieci do 3 lat, dlatego też wojewódzkie przychodnie matki i dziecka spełniają poważne zadania w adopcji (przy współudziale sądu dla nieletnich).

W przypadku, gdy dziecko jest czasowo pozbawione rodziny, wojewódzkie przychodnie matki i dziecka są obowiązane do organizowania rodzin opiekuńczych i nadzorowania wykonywanej przez nie opieki. Rodzina opiekuńcza otacza opieką dziecko bez nabywania praw do dziecka i jest finansowana przez państwo. Do rodzin opiekuńczych oddaje się dzieci powyżej 6 miesiąca życia. Warunkiem oddania dziecka do rodzin opiekuńczych jest ich dobra sytuacja materialna, wysoka etyka i moralność. W Polsce z roku na rok rozwija się ta forma opieki nad dzieckiem pozbawionym czasowo opieki rodzicielskiej.

2. OPIEKA NAD ZDROWIEM RODZINY

Rozwój poradnictwa rodzinnego, organizowane przez służbę zdrowia różne formy opieki nad macierzyństwem są tylko fragmentem szerokiego frontu działań zmierzających do poprawy sytuacji polskiej rodziny. Ostatnie lata przyniosły wiele ważnych aktów prawnych i decyzji zmierzających przede wszystkim do zapewnienia rodzinie właściwych warunków wychowywania dzieci, do wzmożenia opieki nad harmonijnym rozwojem i zdrowiem rodziny jako pod-

stawowej komórki społecznej. Oto najważniejsze decyzje władz państwowych rozszerzające uprawnienia kobiety-matki i rodziny jako instytucji wychowującej:

1) przyznanie robotnicom-matkom prawa do wynagrodzenia za 2 dni zwolnienia z pracy w roku z tytułu wychowywania dziecka do lat 14 (poprzednie płatne zwolnienia przysługiwały tylko pracownicom umysłowym);

2) przedłużenie z 30 do 60 dni w roku pełnopłatnego zwolnienia na opiekę nad chorymi dziećmi do lat 14;

3) przyznanie dzieciom w rodzinach zastępczych pomocy pieniężnej i jednorazowej zapomogi na wyposażenie;

4) przedłuzenie z 1 do 3 lat urlopu bezpłatnego nad małym dzieckiem, z równoczesną decyzją zaliczania tego urlopu do stażu pracy wymaganego do emerytury lub renty (łącznie 6 lat);

5) przedłużenie urlopu macierzyńskiego z 12 do 16 tygodni przy pierwszym porodzie i do 18 tygodni przy drugim i następnych;

6) podniesienie wysokości zasiłku połogowego pracownicom fizycznym z 30 lub 50% wynagrodzenia — do 100%, likwidując w ten sposób różnice w uprawnieniach pracownic fizycznych i umysłowych;

7) wprowadzenie etapowego podwyższania zasiłków rodzinnych zwłaszcza dla rodzin mających dzieci, o dochodach do 5000 zł na osobę miesięcznie;

8) wprowadzenie zasiłków pielęgnacyjnych na dzieci specjalnej troski w wysokości 1500 zł, wypłacanych niezależnie od normalnie przysługującego zasiłku rodzinnego na dziecko;

9) rozszerzenie urlopu macierzyńskiego przy porodach wielorakich z 18 do 26 tygodni;

10) rozszerzenie ochrony zdrowia i zakresu praw kobiety ciężarnej (dodatki wyrównawcze przy przeniesieniu do lżejszej pracy przynoszącej obniżenie dotychczasowego wynagrodzenia);

11) rozpoczęcie wprowadzania w życie Ustawy o funduszu alimentacyjnym (z dnia 9 X 1982 r. Dz.U. Nr 33, poz. 219), mającej szczególne znaczenie dla matek samotnie wychowujących dzieci;

12) rozszerzenie uprawnień matek przebywających na urlopach bezpłatnych, m.in. przez umożliwienie podejmowania pracy w niepełnym wymiarze;

13) wprowadzenie zasiłku porodowego z tytułu urodzenia dziecka w wysokości 2500 zł na każde urodzone dziecko;

14) umożliwienie zakładom pracy, terenowym organom administracji oraz organizacjom społecznym organizowania i prowadzenia żłobków i przedszkoli w drodze pozainwestycyjnej.

Wymienione decyzje oprócz innych, również ważnych, jak np. dotyczących pomocy młodym małżeństwom, stworzyły znacznie pomyślniejsze warunki dla harmonijnego rozwoju rodziny i spełniania przez nią najważniejszej funkcji, jaką jest wychowanie młodego pokolenia.

3. OPIEKA ZDROWOTNA NAD PRACUJĄCYMI

Poważne zadania w zakresie ochrony zdrowia pracowników w naszym kraju mają same zakłady pracy oraz związki zawodowe. Szczególne jednak obowiązki w tym zakresie ma do spełnienia służba zdrowia. Do niej należy kształtowanie środowiska pracy pod względem zdrowotnym i wykonywanie czynnego nadzoru nad zdrowiem (fizycznym i psychicznym) pracujących w nim ludzi.

Zakres problematyki opieki zdrowotnej w zakładach pracy obejmuje:

1) zapewnienie pracownikowi zatrudnienia na stanowisku pracy, które najbardziej odpowiada jego możliwościom psychofizycznym;

2) systematyczną ochronę przed narażeniem na działanie czynników szkodliwych;

3) dbałość o zachowanie pracownika w pełnym zdrowiu fizycznym i psychicznym.

Przemysłowa służba zdrowia realizuje te zadania w szczególności poprzez:

a) sprawowanie bieżącego, lekarskiego nadzoru nad środowiskiem pracy i stanem sanitarnym zakładu wraz z jego urządzeniami socjalnymi;

b) badanie stanu zdrowia pracowników i jego ocenę;

c) współudział w organizacji pracy i wypoczynku, z uwzględnieniem zasad fizjologii i psychologii pracy;

d) współdziałanie w doborze pracy odpowiedniej dla psychosomatycznego stanu pracownika, na podstawie tzw. badań wstępnych oraz dalszych kontroli jego zdrowia;

e) zapobieganie chorobom (mającym związek z wykonywaną pracą i innym) poprzez wykonywanie okresowych badań w celu utrzymania pracownika w dobrym stanie zdrowia i zdolności do pracy;

f) udzielanie świadczeń leczniczych;

g) orzekanie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby i rejestrowanie wszystkich orzeczeń o czasowej niezdolności do pracy wydanych również przez inne zakłady opieki zdrowotnej pracownikom objętym opieką;

h) prowadzenie ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej oraz współdziałanie w rehabilitacji zawodowej, a także w doborze pracy dla inwalidów;

i) szerzenie oświaty zdrowotnej;

j) prowadzenie systematycznej analizy wypadkowości przy pracy oraz absencji chorobowej;

k) występowanie do kierownictwa zakładu pracy z wnioskami w sprawie poprawy stanu higieniczno-sanitarnego zakładu pracy, jego urządzeń socjalnych, warunków higieny pracy i stanu zdrowotnego załogi.

Realizacja tak złożonego zbioru zadań wymaga z jednej strony zespołowego działania pracowników medycznych (lekarze przemysłowi, pielęgniarki), z drugiej zaś współpracy przemysłowej służby zdrowia z administracją zakładu pracy, służbą bhp, związkami zawodowymi, działem higieny pracy stacji sanitarno-epidemiologicznej, a w zakresie działalności szkoleniowej i badawczej z Instytutami Medycyny Pracy oraz Akademiami Medycznymi.

Obowiązki w zakresie opieki zdrowotnej w zakładach pracy nie spoczywają jedynie na służbie zdrowia. Wiele omawianych zadań należy do samych zakładów przemysłowych*.

Zadaniem zakładu pracy jest zapewnienie placówkom przemysłowej służby zdrowia odpowiednich lokali oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę. Lokal powinien być oddany do użytku przemysłowej służby zdrowia nie później niż z chwilą rozruchu zakładu pracy. Jego budowa lub adaptacja powinna być uzgodniona pod względem prawidłowego funkcjonowania z właściwym terenowo organem służby zdrowia.

* Uchwała RM Nr 353 z 19 XI 1962 r. w sprawie udziału zakładów przemysłowych w organizowaniu opieki nad zdrowiem pracowników (Monitor Polski Nr 82, poz. 384 z 1962 r.).

Zakład pracy jest także zobowiązany do zorganizowania i prowadzenia zakładowego laboratorium badań środowiskowych, na wniosek państwowego inspektora sanitarnego stopnia wojewódzkiego. Celem działania laboratorium jest wykonywanie badań szkodliwości zawodowych występujących w środowisku pracy. Wyniki badań środowiskowych powinny być na bieżąco interpretowane przy udziale lekarzy przemysłowych.

ZASADY ORGANIZACJI PRZEMYSŁOWEJ SŁUŻBY ZDROWIA

Przemysłowa służba zdrowia obejmuje swoją opieką pracowników zatrudnionych w przemyśle, budownictwie i transporcie oraz uczniów szkół zawodowych.

Pracownicy zakładów innych resortów mogą także korzystać ze świadczeń przemysłowej służby zdrowia, jeżeli wydział zdrowia i opieki społecznej na podstawie opinii inspektora sanitarnego stwierdzi, że w zakładach tych występuje zagrożenie zdrowia pracowników podobnego rodzaju i w zbliżonym stopniu jak w zakładach przemysłowych. Dotyczy to zwłaszcza niektórych przedsiębiorstw komunikacji i leśnictwa, które mogą być objęte opieką przemysłowej służby zdrowia, jeżeli liczba pracowników narażonych na zdrowotne ryzyko zawodowe uzasadnia organizację dla nich przychodni przyzakładowej lub międzyzakładowej.

Oprócz pracowników wymienionych zakładów i uczniów szkół zawodowych prawo do korzystania z opieki przemysłowej służby zdrowia mają:

a) pracownicy innych zakładów pracy, zatrudnieni przy pracach remontowych, budowlanych i montażowych, prowadzonych na terenie zakładów pracy, przy których jest przychodnia przyzakładowa;

b) członkowie rodzin pracowników danego zakładu, jeżeli w miejscowości nie ma placówki opieki zdrowotnej przeznaczonej dla ogółu ludności, a wydział zdrowia i opieki społecznej i kierownictwo zakładu pracy wyrażą zgodę na udzielanie im świadczeń;

c) renciści z tytułu uprzedniego zatrudnienia w danym zakładzie pracy;

d) członkowie rodzin pracowników zamieszkałych na terenie danego zakładu pracy.

Pracownicy zakładów, którzy nie mają uprawnień do korzystania z opieki przemysłowej służby zdrowia (zakłady usługowe, instytucje, biura, urzędy itp.), mają zapewnioną pomoc w ramach opieki zdrowotnej sprawowanej przez służbę zdrowia dla ogółu ludności.

Pracownicy przemysłu, budownictwa i transportu, uczniowie szkół zawodowych, a w niektórych przypadkach także rodziny pracowników mogą korzystać w ramach przemysłowej służby zdrowia tak ze świadczeń opieki podstawowej, jak i specjalistycznej. Charakteryzuje się ona następującymi założeniami organizacyjnymi:

a) działanie w ramach społecznej służby zdrowia z pełnym podporządkowaniem kierownictwu Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej;

b) rejonizacja opieki zdrowotnej;

c) przybliżenie podstawowej opieki zdrowotnej do miejsca pracy podopiecznych;

d) łączenie w swej działalności zarówno świadczeń profilaktycznych, jak i leczniczych.

P r z y c h o d n i e p r z y z a k ł a d o w e są organizowane przy zakładach pracy zatrudniających co najmniej 1000 pracowników.

W zakładach pracy, w których występują szczególnie duże zagrożenia zdrowia pracowników, można utworzyć przychodnię przyzakładową przy zakładzie pracy zatrudniającym mniejszą liczbę pracowników.

Jeżeli w tej samej miejscowości istnieją dwa lub więcej blisko siebie położone zakłady pracy liczące łącznie co najmniej 1000 pracowników, można na bazie jednego z nich zorganizować p r z y c h o d n i ę m i ę d z y z a k ł a d o w ą, która może być jednobranżowa (jeżeli obejmuje opieką zakłady tej samej gałęzi produkcji) lub wielobranżowa, jeżeli ma pod opieką zakłady różnych gałęzi przemysłu.

W porozumieniu z administracją zakładu pracy należy dokonać w każdej przychodni przyzakładowej i międzyzakładowej, w której jest zatrudniony więcej niż 1 lekarz przemysłowy, rejonizacji opieki zdrowotnej podstawowej. W skład rejonu przydzielonego poszczególnym lekarzom przemysłowym powinny wchodzić ściśle określone komórki organizacyjne zakładu, a w przychodniach międzyzakładowych poszczególne zakłady pracy.

R e j o n p r a c y l e k a r z a p r z e m y s ł o w e g o zatrudnionego w wymiarze 7 godzin dziennie powinien obejmować 1000—1400 pracowników. W związku z tym przy planowaniu obsady lekarskiej w zakładach pracy należy przewidzieć na każde 1000—1400 pracowników 1 pełny etat (7 godzin) rejonowego lekarza przemysłowego. W podziale na rejony należy uwzględnić nie tylko liczebność poszczególnych rejonów, ale także przewidziane obciążenie pracą lekarza, uzależnione od rodzaju i wielkości narażenia na szkodliwości pracy zawodowej oraz liczby narażonych pracowników. Rejonizacja podstawowej opieki zdrowotnej obejmuje zarówno działalność profilaktyczną lekarza, jak i świadczenia lecznicze.

Istotnym elementem organizacji jest również odpowiednie ustalenie godzin pracy lekarzy i personelu pomocniczego. W zakładach pracy pracujących na 2 zmiany docelowe godziny pracy lekarzy powinny być tak rozłożone, aby obejmowały obie zmiany (np. lekarz może przyjmować od godziny 10^{00} do 17^{00}. W zakładach pracy, w których praca jest na 3 zmiany istnieje problem zapewnienia opieki ostatniej (nocnej) zmianie. Przyjmuje się zasadę, że jeżeli na trzeciej zmianie pracuje co najmniej 200 osób w warunkach zagrażających zdrowiu, może być zorganizowany dyżur pielęgniarski lub felczerski. Opieka nad nocną zmianą ma charakter doraźnej pomocy. W przypadku konieczności interwencji lekarza należy korzystać z pogotowia ratunkowego. Tylko wyjątkowo, w dużych zakładach pracy i przy poważnych zagrożeniach zawodowych zdrowia, można organizować dyżury lekarskie.

P o r a d n i e d l a k o b i e t (K) są organizowane niezależnie od typu przychodni, przy uwzględnieniu liczby kobiet, zatrudnionych w danym zakładzie pracy. W zasadzie przyjmuje się, że na 2000 kobiet powinien być zatrudniony lekarz ginekolog w pełnym wymiarze godzin. Z założenia wynika również możliwość zatrudnienia lekarza ginekologa w niepełnym wymiarze godzin (np. pół etatu przy zatrudnieniu około 1000 kobiet).

P o r a d n i e l e k a r s k o - d e n t y s t y c z n e tworzy się w przychodniach przemysłowej służby zdrowia, obejmujących opieką zdrowotną taką liczbę osób, że uzasadnia to zatrudnienie w tej poradni lekarza dentysty na pełnym etacie.

P o r a d n i e s p e c j a l i s t y c z n e tworzy się w dużych przychodniach przyzakładowych lub międzyzakładowych w zależności

od potrzeb zdrowotnych, jakie występują u zatrudnianych pracowników.

Specyficzna dla przemysłowej służby zdrowia jest działalność profilaktyczna przychodni, a w szczególności lekarskie badania profilaktyczne pracowników zakładu (wstępne, okresowe i inne).

Wyniki systematycznych badań profilaktycznych pozwalają lekarzowi oceniać stan zdrowotny załogi i wskazać kierunki działalności zapobiegawczej.

Badania wstępne dotyczą wszystkich pracowników nowo przyjmowanych do pracy w zakładzie, jak również pracowników zmieniających stanowisko pracy w obrębie zakładu, jeśli rodzaj i warunki pracy na nowym stanowisku są różne od poprzedniego. Celem badania wstępnego jest lekarskie orzeczenie o aktualnym stanie zdrowia badanego i jego zdolności do pracy w określonym zawodzie i na określonym stanowisku pracy. Dlatego też zakład pracy kierujący kandydata do badania lekarskiego, powinien ściśle określić zarówno zawód, jak i stanowisko pracy, na którym ma on być zatrudniony.

Badania okresowe obejmują następujące grupy pracowników: a) narażonych na działanie czynników szkodliwych w środowisku pracy, b) młodocianych, c) kobiety ciężarne, d) wykonujących prace wymagające specjalnej sprawności (np. kierowcy, suwnicowi), e) chorych na niektóre choroby przewlekłe (objęci opieką grup poradnianych, inwalidzi, pracownicy długo lub często chorujący).

Badania okresowe są prowadzone systematycznie w określonych odstępach czasu. W wyniku badania okresowego lekarz wydaje orzeczenie o stanie zdrowia badanego oraz jego przydatności do pracy w dotychczasowym zawodzie i na określonym stanowisku pracy.

Badania kontrolne obejmują pracowników zatrudnionych na stanowiskach szkodliwych bądź uciążliwych dla zdrowia, którzy byli z powodu choroby nieobecni w pracy przez okres ponad 30 dni, a zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy wydał lekarz spoza przychodni przyzakładowej. Na podstawie badania kontrolnego lekarz wydaje orzeczenie określające zdolność do pracy na dotychczasowym stanowisku.

Przemysłowy zespół opieki zdrowotnej jest samodzielną jednostką organizacyjną, utrzymywaną z budżetu wydziału zdrowia i opieki społecznej urzędu wojewódzkiego. Jest on powoływany na obszarze o znacznym uprzemysłowieniu. Organizuje się go zwykle na bazie jednej z dużych przychodni przyzakładowych, przy czym terenem jego działania jest kilka zakładów pracy zlokalizowanych w niedalekiej odległości, umożliwiającej łatwe dotarcie pracowników do przychodni.

Do zadań przemysłowego zespołu opieki zdrowotnej należy:

a) organizowanie opieki zdrowotnej w zakładach pracy w terenie działania ZOZ-u oraz kierowanie jej działalnością;

b) udzielanie świadczeń zapobiegawczo-leczniczych w zakresie uzupełniającym świadczenia przychodni przy- i międzyzakładowych (dotyczy to głównie usług specjalistycznych i badań pomocniczych);

c) stałe analizowanie stanu zdrowotnego, wypadkowości i absencji chorobowej w zakładach pracy objętych opieką;

d) szkolenie personelu lekarskiego i pomocniczego;

e) prowadzenie nadzoru fachowego nad działalnością placówek terenowych wchodzących w skład zespołu.

W skład zespołu wchodzą przychodnie przyzakładowe i międzyzakładowe, poradnie specjalistyczne, pracownie analityczne i diagnostyczne oraz inne komórki i stanowiska pracy.

Przemysłowy Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej (PSZOZ) lub Wojewódzka Przychodnia Przemysłowa (WPP) organizowane są w województwach o dużym stopniu uprzemysłowienia. Do ich zadań należy:

a) badanie potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej w zakładach pracy na terenie województwa;

b) kierowanie bieżącym rozpoznaniem zawodowym w zakładach pracy oraz opracowywanie na tej podstawie wytycznych w sprawie organizacji i metodyki opieki zdrowotnej sprawowanej przez placówki psz;

c) prowadzenie nadzoru nad działalnością placówek przemysłowej służby zdrowia, poradni medycyny pracy i innych jednostek organizacyjnych;

d) sprawowanie nadzoru nad działalnością orzeczniczą (analiza absencji chorobowej w skali województwa).

Przemysłowa służba zdrowia obejmuje swoją opieką około 5,5 mln pracowników (przemysłu, budownictwa oraz transportu), tj. około 75% ogółu zatrudnionych w tych działach gospodarki narodowej, które są głównym wytwórcą dochodu narodowego.

W opiece zdrowotnej w przemyśle pracuje około 8,6 tys. lekarzy, z czego 5,2 tys. (60%) stanowią rejonowi lekarze przemysłowi bezpośrednio sprawujący opiekę profilaktyczno-leczniczą nad załogami zakładów pracy. Ponadto w opiece podstawowej pracuje 740 lekarzy ginekologów i 3,3 tys. lekarzy stomatologów oraz około 2000 lekarzy w poradniach specjalistycznych.

Od wielu lat wskaźnik zapewnienia opieki zdrowotnej w przemysłowej służbie zdrowia utrzymuje się na niezmienionym poziomie i wynosi 9 godzin lekarskich dziennie na 1000 podopiecznych, z czego $5^1/_2$ godziny przypada dla rejonowych lekarzy przemysłowych, $1^1/_2$ godziny lekarzy ginekologów (na 1000 kobiet objętych ich opieką), 2 godziny lekarskie dziennie na 1000 objętych opieką poradni specjalistycznych.

W poradniach stomatologicznych na 1000 objętych opieką przypada $3^1/_2$ godziny lekarskiej dziennie. Należy stwierdzić, że w rzeczywistości wskaźniki te są o wiele niższe, ponieważ znaczna część lekarzy przemysłowych w godzinach opłaconych odbywa staże na oddziałach szpitalnych.

Średnia wielkość rejonu leczniczo-zapobiegawczego w przemyśle wynosi około 1800 osób. Przy niepełnej obsadzie lekarskiej oraz zbyt dużej ich fluktuacji jeszcze w niepełnym stopniu wykonywana jest opieka zapobiegawcza w stosunku do środowiska pracy i pacjentów.

W przemysłowej służbie zdrowia pracuje około 10 000 pielęgniarek, a zatem średnio na 1 etat lekarski przypada 1,6 etatu pielęgniarskiego, co nie pokrywa występujących potrzeb.

Przy zakładach pracy przemysłu, budownictwa i transportu działa 1080 przychodni przyzakładowych i 1205 przychodni międzyzakładowych. 60% zakładów pracy, nad którymi sprawują opiekę przychodnie, należy do grupy małych zakładów pracy zatrudniających do 500 pracowników, po 20% zakładów objętych opieką zatrudnia od 500—1000 i powyżej 1000 zatrudnionych.

W aglomeracjach przemysłowych działają 42 przemysłowe zespoły opieki zdrowotnej. Na szczeblu wojewódzkim zorganizowano 31

przemysłowych specjalistycznych zespołów opieki zdrowotnej i 19 wojewódzkich przychodni przemysłowych działających w ramach wojewódzkich szpitali zespolonych.

Lekarze przemysłowej służby zdrowia udzielają rocznie około 40,4 mln świadczeń, z czego na porady chorym przypada 32,5 mln, na badania wstępne — 1,9 mln, na badania okresowe — 2,9 mln i około 3 mln — na inne badania profilaktyczne. Pracownik objęty opieką przemysłowej służby zdrowia uzyskuje rocznie około 9 porad lekarskich. Przeciętnie pracownikowi wykonuje się 1,4 badania profilaktycznego rocznie.

Zgodnie z decyzją Prezydium Rządu z 1973 roku opracowany został „Program rozwoju ochrony zdrowia załóg robotniczych w latach 1976—1990". Program ten zmierza do uzyskania następujących celów:

a) stopniowej likwidacji istniejących zagrożeń dla zdrowia, poprzez dalszą poprawę rozeznania środowiska pracy;

b) coraz większego wykorzystywania ergonomii i fizjologii pracy przy organizacji procesów produkcyjnych;

c) racjonalnego doboru stanowiska pracy do psychofizycznych możliwości pracowników;

d) doskonalenia form ochrony zdrowia grup pracowniczych szczególnego ryzyka, zwłaszcza kobiet ciężarnych i młodzieży;

e) doskonalenia metod wczesnego wykrywania i leczenia chorób zawodowych, pozazawodowych i społecznych;

f) rozwijania rehabilitacji przemysłowej;

g) dalszego wzrostu zatrudnienia i podnoszenia kwalifikacji zawodowych kadry przemysłowej służby zdrowia;

h) rozbudowy i unowocześniania zaplecza diagnostycznego.

Realizacja programu dała już widoczne rezultaty i gwarantuje dalszą poprawę stanu zdrowia załóg robotniczych, jednak nie jest ona jeszcze pełna. Wymaga bowiem stałej konfrontacji postępu wykonywanych świadczeń z postulatami zakładów pracy.

OPIEKA ZDROWOTNA W MAŁYCH ZAKŁADACH PRACY

Zapewnienie należytej opieki lekarskiej pracownikom małych zakładów pracy jest ciągle jeszcze poważnym problemem organizacyjnym ochrony zdrowia w przemyśle, nie tylko w naszym kraju,

ale także za granicą. W chwili obecnej w Polsce zagadnienie to rozwiązuje się poprzez organizację przychodni międzyzakładowych dla kilku małych zakładów pracy (tzn. takich, gdzie nieopłacalne jest istnienie innych przychodni).

Przychodnie tego typu mają obowiązek wykonywania zadań profilaktyczno-leczniczych określonych dla przychodni przyzakładowych. W razie braku możliwości zorganizowania przychodni międzyzakładowej małe zakłady pracy są objęte opieką poradni medycyny pracy, tworzonych albo w przemysłowych ZOZ-ach, albo wchodzących w skład ZOZ-ów dla ogółu ludności. Poradnie medycyny pracy nie zapewniają pełnej opieki zdrowotnej, udzielają jedynie świadczeń profilaktycznych (badania wstępne i okresowe oraz nadzór bieżący nad warunkami pracy). Porady lecznicze pracownicy tych zakładów otrzymują w placówkach lecznictwa podstawowego dla ogółu ludności.

W podnoszeniu poziomu opieki zdrowotnej w zakładach pracy istotną rolę odgrywa współdziałanie przemysłowej służby zdrowia ze służbą sanitarno-przeciwepidemiczną, a szczególnie z jej pionem higieny pracy. Pion ten rozporządza obecnie działami higieny pracy w stacjach wojewódzkich.

Jak wspomniano poprzednio, zakład pracy jest zobowiązany do zapewnienia pracownikom bezpiecznych i higienicznych warunków pracy, wyłączających zagrożenie ich zdrowia i życia. Troska ta powinna stanowić nieodłączny element działalności każdego zakładu pracy. Wśród środków, za pomocą których zakład pracy powinien wywiązywać się z tego obowiązku, na pierwszym miejscu znajduje się niewątpliwie profilaktyka techniczna. Dlatego też ustawa o bhp ustala, że założenia i projekty nowo budowanych i przebudowywanych zakładów pracy muszą w pełni uwzględniać wymogi bezpieczeństwa i higieny pracy. Wymogi bhp oraz fizjologii pracy muszą być brane pod uwagę również przy konstrukcji i budowie maszyn i innych urządzeń technicznych. Wprowadzenie do produkcji szkodliwych dla zdrowia materiałów lub procesów technologicznych musi być poprzedzone ustaleniem stopnia ich szkodliwości i zastosowaniem odpowiednich środków zapobiegawczych.

Duży nacisk powinien zostać położony na organizowanie i prowadzenie pracy, w sposób zabezpieczający przed wypadkami, chorobami zawodowymi i przyczynowo związanymi ze środowiskiem pracy

oraz na systematyczne szkolenie i doszkalanie pracowników w zakresie zasad i przepisów bhp oraz praktycznego ich stosowania w codziennej pracy.

Obowiązek nadzoru nad stanem i przestrzeganiem bezpieczeństwa i higieny pracy spoczywa na kierowniku zakładu, dozorze technicznym oraz służbie bhp. Prawo do nadzorowania i kontrolowania warunków pracy oraz do stanowienia w zasadniczych sprawach z tego zakresu przysługuje także załodze pracowniczej, m.in. służą temu społeczne przeglądy warunków pracy.

ORZECZNICTWO O CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

Orzekanie o stanie zdrowia badanych pacjentów, utracie zdolności do pracy, jej ograniczeniu należy do podstawowych czynności zawodowych fachowych pracowników zakładów społecznych służby zdrowia. Do pracowników tych należą lekarze, lekarze stomatolodzy oraz w szczególnych przypadkach felczerzy i położne.

Wydawanie orzeczeń o stanie zdrowia jest czynnością zawodową lekarza, tak jak rozpoznawanie chorób, zapobieganie ich powstawaniu i leczenie osób chorych*.

W myśl powyższej ustawy (art. 20) orzeczenie o stanie zdrowia wolno wydawać jedynie na podstawie osobistego zbadania osoby, której zaświadczenie ma dotyczyć. Dlatego wydanie orzeczenia o czasowej niezdolności do pracy powinno w każdym przypadku poprzedzać badanie, do którego niezbędne są kwalifikacje zawodowe — a te posiada jedynie lekarz.

Prawidłowa organizacja pracy powinna ograniczyć do minimum wykonywanie przez lekarza czynności technicznych przy wystawianiu zaświadczeń. Czynności te aktualnie w znacznej mierze są wykonywane przez personel pomocniczy, co odciąża wprawdzie lekarza, ale nie zmniejsza jego odpowiedzialności wg zasad wyżej przedstawionych.

Orzeczenia o czasowej niezdolności do pracy można ogólnie podzielić na następujące grupy:

a) orzeczenie z powodu choroby uniemożliwiającej wykonywanie pracy na określonym stanowisku;

* Ustawa o zawodzie lekarza z 28 X 1950 r. Dz.U. nr 50 z 1950 r.

b) orzeczenie z powodu potrzeby udzielenia opieki domowej nad obłożnie chorym członkiem rodziny;

c) orzeczenie z powodu przymusowej izolacji chorych zakaźnie lub członków ich rodzin w celach zapobiegawczo-epidemiologicznych;

d) orzeczenie z powodu przewidywanej daty porodu i daty odbytego porodu.

Oprócz powyższego orzeka się również o czasowym ograniczeniu zdolności do pracy, polegającym na czasowej zmianie rodzaju lub warunków pracy (np. czasowe przesunięcie do pracy lżejszej lub mniej szkodliwej, czasowe odsunięcie od pracy nocnej itp.).

Jako zasadę przyjmuje się, że do orzekania o czasowej niezdolności do pracy uprawnione są przede wszystkim zakłady przemysłowej służby zdrowia w stosunku do zatrudnionych, objętych opieką tych zakładów.

Zakłady opieki zdrowotnej dla ogółu ludności (lecznictwo podstawowe i poradnie specjalistyczne) orzekają o czasowej niezdolności do pracy tylko w stosunku do osób:

a) chorych obłożnie;

b) zamieszkałych lub przebywających czasowo poza miejscowością będącą siedzibą zakładu pracy i przychodni przemysłowej;

c) zatrudnionych w zakładach pracy, nie objętych opieką przemysłowej służby zdrowia lub w okresie, gdy zakład przemysłowej służby zdrowia jest czasowo nieczynny;

d) skierowanych przez inne zakłady społecznej służby zdrowia według kompetencji.

Zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy MZ/L-4a dla osób nie zamieszkałych ani też zatrudnionych na terenie objętym opieką przychodni (ośrodka zdrowia) może wydać jedynie kierownik przychodni (ośrodka zdrowia) na podstawie orzeczenia wpisanego do karty choroby przez osobę, która przeprowadziła badanie.

Zakłady opieki zdrowotnej stacjonarnej orzekają o niezdolności do pracy za okres pobytu w szpitalu — klinice (na zaświadczeniach MZ/L-4 oraz jednorazowo za okres niezdolności do pracy po pobycie w szpitalu najwyżej do 30 dni.

Wypełnione zaświadczenia MZ/L-4a wydaje się choremu bezpośrednio po wpisaniu orzeczenia do historii choroby i poucza, że

obowiązany jest doręczyć zaświadczenie do zakładu pracy najpóźniej w ciągu 2 dni po dacie jego wystawienia.

W wymienionych powyżej zakładach społecznej służby zdrowia uprawnienia orzecznicze mają:

a) lekarze leczący, w tym lekarze dentyści (opieki podstawowej i specjalistycznej);

b) felczerzy i starsi felczerzy, jeśli mają aktualne zezwolenie Wydziału Zdrowia i Opieki Społecznej;

c) lekarz inspektor sanitarny odpowiedniej terenowo stacji sanitarno-epidemiologicznej w orzeczeniach o potrzebie izolacji;

d) położne, kierowniczki izb porodowych w zakresie wydawania zaświadczeń o dacie odbytego porodu.

Wszystkie osoby orzekające o czasowej niezdolności do pracy zobowiązane są do szczegółowej znajomości przepisów z zakresu orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy. Znajomość tych przepisów jest konieczna ze względu na dobro chorego oraz z uwagi na konieczność przeciwdziałania nadużyciom i nie uzasadnionej absencji chorobowej.

W zakładach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (przemysłowej i dla ogółu ludności) o czasowej niezdolności do pracy orzekają:

a) lekarze leczący niezależnie od ich specjalności jednorazowo na okres 3 dni z tym, że łączny okres niezdolności do pracy nie może przekroczyć 9 dni;

b) lekarze stomatolodzy jednorazowo na okres 3 dni, a łączny okres niezdolności do pracy nie może być dłuższy niż 6 dni;

c) felczerzy w granicach uprawnień na okres nie dłuższy niż 3 dni.

W stosunku do pacjentów, którzy są objęci opieką przemysłowej służby zdrowia lekarze (felczerzy) innych zakładów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej mogą wydawać orzeczenie o czasowej niezdolności do pracy wyłącznie na 1 dzień z wyjątkiem następujących okoliczności:

a) obłożnej choroby pracownika;

b) zachorowania pracownika w innej miejscowości aniżeli jest położony zakład pracy, a pracownik nie może zgłosić się następnego dnia choroby do przemysłowej służby zdrowia.

Lekarz leczący pacjenta w zakładzie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej może wydać jednorazowo orzeczenie na okres do 9 dni, pod

warunkiem, że rozpoznał chorobę powodującą niezdolność do pracy, a stan chorego nie wymaga w orzeczonym przez niego okresie badań lekarskich.

Lekarze stacji pogotowia ratunkowego mają uprawnienia do jednorazowego wydawania orzeczenia o niezdolności do pracy. O dalszej niezdolności orzeka zakład przyjmujący chorego pod opiekę lekarską.

Jeżeli zachodzi potrzeba przedłużenia okresu niezdolności do pracy poza ramy przewidziane dla lekarzy leczących i felczerów, na wniosek lekarza lub felczera kierownik przychodni może przedłużyć zwolnienie z pracy o dalsze 30 dni lub kierownik ośrodka zdrowia o dalsze 15 dni.

Dyrektor zakładu służby zdrowia może przekazać uprawnienia orzecznicze innemu lekarzowi, a zwłaszcza kierownikom poradni: specjalistycznej, przyszpitalnej, przyklinicznej itp.

Po zakończeniu uprawnień orzeczniczych lekarza oraz uprawnień kierownika przychodni może przedłużyć okres czasowej niezdolności do pracy jedynie komisja lekarska.

Komisję lekarską powołuje dyrektor ZOZ-u, określając jednocześnie jej charakter (właściwość) oraz zasięg terytorialny. Komisje lekarskie w przychodniach składają się z 2 lekarzy, z których jeden jest przewodniczącym komisji.

Komisja lekarska w przychodni ma uprawnienia do orzekania o czasowej niezdolności do pracy aż do czasu zakończenia okresu zasiłkowego (182 dni).

Komisja lekarska wydaje każdorazowo zwolnienie lekarskie na odrębnym formularzu MZ/L-4a.

ORZECZNICTWO LEKARSKIE O TRWAŁEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

Czasowa niezdolność do pracy, przedłużająca się ponad okres uprawnienia do zasiłków chorobowych, staje się „długotrwałą" lub „stałą" i jest tematem orzecznictwa inwalidzkiego. Aktem prawnym regulującym to zagadnienie jest ustawa „o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin" z dnia 14 XII 1982 r.* z późniejszymi zmianami. Zgodnie z brzmieniem tej ustawy „Inwalidą jest osoba

* Dz.U. Nr 40, poz. 267 z 1982 r.

częściowo lub całkowicie niezdolna do wykonywania zatrudnienia z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu". Istotą inwalidztwa w rozumieniu ustawy nie jest choroba czy kalectwo samo przez się, ale „niezdolność do zatrudnienia" jako skutek choroby lub kalectwa.

Niezdolność do zatrudnienia może być częściowa lub całkowita. W pierwszym przypadku, przy niezdolności do jednego rodzaju zatrudnienia, istnieje możliwość podjęcia pracy w innym zawodzie, mniej obciążającym (np. osoba niezdolna do dalszego wykonywania zawodu tkaczki może być bez szkody dla swego zdrowia zatrudniona np. jako przewlekaczka), w drugim zaś nie wchodzi możliwość żadnego zatrudnienia w normalnych warunkach.

Niezdolność do zatrudnienia może być bezwzględna, kiedy osoba badana nie może wykonywać dotychczasowego zatrudnienia (np. pianista bez palców rąk nie może grać na fortepianie lub innym instrumencie klawiszowym). Natomiast niezdolność względna wynika z przeciwwskazań lekarskich lub służby bhp, gdy badany nie powinien podejmować określonego zatrudnienia (np. malarz pokojowy cierpiący na padaczkę nie powinien wchodzić na drabinę).

W zależności od stopnia niezdolności do wykonywania zatrudnienia i zarobkowania ustalone zostały 3 grupy inwalidów:

1. Do III (trzeciej) grupy inwalidów zalicza się osoby częściowo niezdolne do zatrudnienia czyli takie, które nie mogąc wykonywać dotychczasowej pracy, mogą podjąć bez szkody dla zdrowia inne niżej kwalifikowane zatrudnienie z obniżeniem co najmniej o $^{1}/_{3}$ zarobku, stanowiącego podstawę wymiaru renty.

2. Do II (drugiej) grupy inwalidów zalicza się osoby całkowicie niezdolne do zatrudnienia w normalnych warunkach. Jednak nie stanowi przeszkody do zaliczenia do II grupy inwalidów osób niezdolnych do wykonywania jakiegokolwiek zatrudnienia w warunkach przewidzianych dla pracowników nie będących inwalidami, jeśli są one zdolne do zatrudnienia i zarobkowania w warunkach specjalnie dla nich stworzonych lub na specjalnych stanowiskach pracy.

3. Do I (pierwszej) grupy inwalidów zalicza się osoby całkowicie niezdolne do jakiegokolwiek zatrudnienia w normalnych warunkach, wymagające ponadto opieki innej osoby.

Warunek potrzeby opieki innej osoby, w rozumieniu ustawy, uważa się za spełniony, jeżeli opieka ta ma charakter stały i długotrwały. Za stany wymagające stałej i długotrwałej opieki innej osoby uważa się:

a) choroby obłożne, trwające dłużej niż 6 miesięcy;

b) choroby psychiczne, grożące niebezpieczeństwem dla otoczenia lub samego chorego;

c) inne choroby i kalectwa, pozbawiające chorego możliwości samodzielnego zaspokojenia niezbędnych potrzeb życia codziennego (przyjmowanie pokarmów, mycie, ubieranie się, itp.);

d) niemożność samodzielnego poruszania się w domu.

Jedynym organem powołanym i uprawnionym do orzekania o inwalidztwie na terenie naszego kraju są komisje do spraw inwalidztwa i zatrudnienia (KiZ)*. Działają one przy oddziałach Zakładów Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) jako komisje lekarskie obwodowe i wojewódzkie.

Komisje lekarskie (obwodowe i wojewódzkie) powołuje i rozwiązuje prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na wniosek dyrektora oddziału ZUS.

Do zakresu działania obwodowych komisji lekarskich należy orzekanie o inwalidztwie w sprawach o świadczenia rentowe i w innych sprawach przewidzianych w przepisach szczegółowych.

Do zakresu działania wojewódzkich komisji lekarskich należy rozpatrywanie odwołań od orzeczeń obwodowych komisji lekarskich oraz zarzutów co do wadliwości tych orzeczeń.

Komisje lekarskie współdziałają z Wydziałami Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawowaniu kontroli warunków pracy oraz prawidłowości zatrudnienia inwalidów. Ponadto komisje te orzekają w sprawach:

a) osób ubiegających się o przysposobienie zawodowe (szkolenie) lub o zatrudnienie w warunkach przewidzianych dla inwalidów,

b) osób ubiegających się o udzielenie ulg, przywilejów, świadczeń przysługujących inwalidom na podstawie przepisów szczegółowych,

c) osób ubiegających się o objęcie opieką społeczną.

Orzeczenie komisji lekarskiej w zakresie wskazań co do potrzeby leczenia i rehabilitacji inwalidów jest wiążące dla zakładu społecznej służby zdrowia. Natomiast orzeczenia komisji ustalające brak inwalidztwa lub zawierające wskazania i przeciwwskazania co do warunków pracy, w których inwalida może być zatrudniony, są wiążące dla służby zdrowia i zakładu pracy.

Komisja lekarska wydaje orzeczenie na podstawie bezpośredniego badania zainteresowanego oraz dokumentacji lekarskiej i zawodowej. W szczególnych przypadkach komisja lekarska może orzec o istnieniu inwalidztwa bez badania chorego, jeżeli uzna posiadaną dokumentację lekarską i zawodową za wystarczającą do wydania orzeczenia.

* Rozporządzenie Ministra Pracy, Płacy i Spraw Socjalnych z dn. 22 XII 1972 r. w sprawie szczegółowych zadań, organizacji i postępowania komisji lekarskich do spraw inwalidztwa i zatrudnienia (Dz.U. Nr 1, poz. 2 z 1973 r. z późniejszymi zmianami).

4. OPIEKA ZDROWOTNA NAD LUDNOŚCIĄ WIEJSKĄ

UPRAWNIENIA LUDNOŚCI WIEJSKIEJ DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

Przemiany społeczno-ekonomiczne w naszym kraju po II wojnie światowej ukształtowały na wsi specyficzny trójsektorowy ustrój rolny. Pracownicy państwowych gospodarstw rolnych oraz ich rodziny korzystali zawsze z ubezpieczeń społecznych, w tym i zdrowotnych, na takich samych zasadach jak wszyscy inni pracownicy gospodarki narodowej. Sektor spółdzielczy składa się z rolniczych spółdzielni produkcyjnych, które wspólnie z sektorem państwowym stanowią uspołecznioną gospodarkę rolną. Członkowie rolniczych spółdzielni produkcyjnych oraz ich rodziny korzystają także z prawa bezpłatnej opieki zdrowotnej. Właściciele gospodarstw indywidualnych oraz ich rodziny z dniem 1 stycznia 1972 r. zostali również objęci bezpłatnymi świadczeniami w zakresie opieki zdrowotnej.

Pełny zakres bezpłatnych świadczeń indywidualnych dla osób ubezpieczonych obejmuje: korzystanie z usług opieki zdrowotnej ambulatoryjnej i stacjonarnej, pomocy doraźnej, leków z 30% i 10% odpłatnością (dla rencistów i inwalidów oraz osób leczonych w szpitalu leki są bezpłatne), środków pomocniczych (okulary, aparaty słuchowe) i przedmiotów ortopedycznych, zwrotu kosztów przejaz-

du związanych z leczeniem i rehabilitacją oraz innych. Tak więc w 1972 roku z uprawnień państwowych ubezpieczeń społecznych i bezpłatnej opieki zdrowotnej korzysta około 99% całej ludności miast i wsi.

Ludność rolnicza gospodarująca indywidualnie jeszcze przed ubezpieczeniem miała prawo do wielu bezpłatnych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych, podobnie jak ubezpieczeni. Kobiety wiejskie miały prawo do bezpłatnych świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w czasie ciąży i połogu. Wszystkie niemowlęta do końca 1 roku życia korzystały z bezpłatnego leczenia w ambulatorium, szpitalu oraz z pomocy doraźnej. Wszystkie dzieci rolników do lat 14 korzystały z bezpłatnych świadczeń opieki lekarskiej, dentystycznej, pielęgniarskiej i rehabilitacyjnej. Zakres tych bezpłatnych świadczeń dla kobiet i dzieci był szeroki i z pewnością stanowił poważną pomoc państwa dla ludności nieubezpieczonej. Grupom tym jednak — z wyjątkiem niemowląt — nie przysługiwały do 1972 roku zniżki opłat za leki w leczeniu ambulatoryjnym.

Dalsze bezpłatne świadczenia dotyczyły osób nieubezpieczonych, a chorych na gruźlicę, choroby weneryczne oraz choroby zakaźne podlegające przymusowej hospitalizacji. Osoby te korzystały od dawna z bezpłatnej opieki, transportu sanitarnego i leków.

Wszystkim nieubezpieczonym przysługiwały również bezpłatne świadczenia niektórych poradni specjalistycznych — onkologicznej, zdrowia psychicznego, przeciwalkoholowej, sportowo-lekarskiej, cytologicznej oraz poradnictwa zawodowego. Także masowe akcje wykrywania i zapobiegania chorobom były od dawna bezpłatne (szczepienia ochronne, badania radiofotograficzne, badania kandydatów do pracy, okresowe badania kontrolne itp.).

Ludność rolnicza korzysta więc obecnie na równi z innymi grupami ludności pracującej z bezpłatnych świadczeń służby zdrowia w zakresie działalności profilaktycznej, leczniczej i rehabilitacyjnej.

Przemiany społeczno-gospodarcze sprawiły, że liczba ludności nieubezpieczonej stanowi obecnie rzeczywiście niewielki odsetek ogólnej liczby mieszkańców kraju. Należy przewidywać, że w najbliższym czasie również i pozostały 1% ludności zostanie objęty systemem państwowych ubezpieczeń społecznych. Praktycznie już od 1972 roku możemy mówić o pełnej powszechności bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w Polsce.

Analiza danych demograficznych ludności wiejskiej w Polsce wskazuje, że następuje stopniowe i stałe zmniejszanie się odsetka ludności mieszkającej na wsi oraz liczby mieszkańców utrzymujących się z rolnictwa.

Pod koniec 1946 roku żyło w Polsce 23,6 mln mieszkańców, w tym 15,6 mln (66,0%) na wsi. W końcu 1978 roku liczba ludności Polski wzrosła do 35 mln (zwiększyła się zatem o 11,4 mln), natomiast na wsi wynosiła ona 14,9 mln, stanowiąc już tylko 42,5% ogółu ludności kraju. Z pracy w rolnictwie utrzymywało się w Polsce w 1950 roku 47,1% ludności, natomiast w 1978 roku tylko 23,4%.

Zjawisko to wiąże się z migracją ludności wiejskiej do miast i to przede wszystkim ludności młodej oraz ze znacznym spadkiem bezwzględnej liczby urodzeń na wsi (w roku 1950 — 490 600, 1960 — 389 000, a w 1979 — 311 900). W wyniku tego znacznej zmianie uległa struktura ludności wg wieku; o ile w całym kraju w okresie od roku 1950 do 1978 odsetek ludności w wieku 60 lat i więcej wzrósł z 8,2% do 12,9%, o tyle na wsi w roku 1978 wynosił on 15,1% (w 1950 roku — 8,4%). Równocześnie na wsi odsetek dzieci i młodzieży w wieku 0—19 lat zmalał z 40,9% do 34,6%, a ludności w wieku 20—59 lat z 50,6% do 50,3% w porównywanych latach.

Obniżaniu się na wsi liczby roczników młodych towarzyszy tendencja wzrostowa odsetka kobiet i osób w wieku poprodukcyjnym. Dowodzi to stopniowego starzenia się ludności wiejskiej przy równoczesnym obniżaniu się wskaźników zawierania małżeństw, płodności i przyrostu naturalnego. Towarzyszy tej sytuacji wydłużanie się przeciętnego dalszego trwania życia, które obecnie jest nieznacznie dłuższe w tym środowisku niż w mieście (tab. 27).

Niepokoi jednak większa niż w miastach umieralność niemowląt powyżej 1 miesiąca życia oraz dzieci (zwłaszcza chłopców) w wieku przedszkolnym. Dotyczy to również płci męskiej aż do 40 roku życia, a także kobiet do 35 roku życia. Szczególnie zwraca uwagę „nadumieralność mężczyzn na wsi w wieku 20—29 lat (umierają oni 2 razy częściej niż ich rówieśnicy w mieście) oraz kobiet w tym samym wieku (umierają one 1,5 raza częściej). Może się to wiązać nie tylko z mechanizacją, motoryzacją czy alkoholizmem, ale także

Tabela 28

Przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej i żeńskiej wg polskich tablic umieralności w latach 1931—1976 w miastach i na wsi

Lata obserwacji	Przeciętna liczba lat dalszego trwania życia noworodka					
	mężczyźni			kobiety		
	ogółem	miasto	wieś	ogółem	miasto	wieś
1931—1932	48,2	51,4	47,4	51,4	55,9	50,0
1952—1953	58,6	59,0	58,3	64,2	65,4	63,4
1955—1956	61,8	62,2	61,6	67,8	68,7	67,0
1960—1961	64,8	65,0	64,7	70,5	71,2	69,9
1965—1966	66,8	66,8	66,9	72,8	73,1	72,6
1970—1972	66,8	66,7	66,9	73,8	73,9	73,6
1975—1976	67,3	67,0	67,4	75,0	74,9	75,1

z trybem życia młodych osób, pracujących często w 2 zawodach — na wsi i w mieście.

W roku 1979 umieralność ogólna mieszkańców wsi (10,1 na 1000 mieszkańców) była wyższa od analogicznej dla miast (8,6 na 1000 mieszkańców) i średniej dla kraju (9,2 na 1000 mieszkańców). W grupie ludności wiejskiej częściej odnotowywane są zgony z powodu: chorób układu oddechowego, gruźlicy, wypadków, zatruć i urazów, nadciśnienia tętniczego oraz wad rozwojowych wrodzonych.

Na większą umieralność ogólną na wsi niż w miastach ma wpływ przede wszystkim wyższy odsetek ludzi starych. Wyższa jest także liczba zgonów niemowląt oraz mężczyzn do 40 roku życia. Niewątpliwie trudniejsze są także warunki życia i pracy.

W okresie międzywojennym wskaźnik umieralności niemowląt był w Polsce bardzo wysoki i wynosił w latach 1931—1935 — 143 na 1000 urodzeń żywych (w miastach 121,5, a na wsi 148,2).

Po wyzwoleniu nastąpił w całym kraju znamienny spadek liczby zgonów niemowląt z 119,8‰ w 1946 roku do 21,3‰ w 1979 roku (w miastach 20,6, a na wsi 22,1). Porównanie przyczyn zgonów niemowląt na wsi i w mieście w 1979 roku wykazało znaczne różnice na niekorzyść tych pierwszych, szczególnie z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych, biegunek, chorób układu oddechowego w tym zapaleń płuc, chorób układu nerwowego, wad rozwojowych wrodzonych, wypadków, urazów i zatruć. Świadczy to o mniejszej wiedzy

w zakresie żywienia i pielęgnacji niemowląt na wsi, o niższej wciąż kulturze zdrowotnej jej mieszkańców.

W ostatnim trzydziestopięcioleciu nastąpiło zmniejszenie liczby zachorowań na choroby zakaźne, szczególnie na te, przeciw którym prowadzi się systematyczne szczepienia ochronne. Sytuacja zdrowotna uległa poprawie w takich chorobach, jak: *poliomyelitis* (choroba Heinego-Medina), błonica, dur brzuszny, krztusiec, tężec. Opanowanie duru brzusznego było zadaniem trudniejszym w środowisku wiejskim, co zależało w dużej mierze od poprawy warunków sanitarnych (szczególnie zaopatrzenia w wodę oraz utylizacji odpadów i ścieków). Mniejszy postęp odnotowano w obniżeniu liczby zachorowań na choroby pasożytnicze, szczególnie przewodu pokarmowego.

Wyniki badania ogólnej zachorowalności i chorobowości na podstawie zgłaszalności do lekarzy wykazują, że nadal ludność wiejska częściej niż miejska zapada na choroby układu oddechowego, choroby zakaźne i pasożytnicze oraz ulega wypadkom i zatruciom.

Analiza wskaźników chorobowości szpitalnej wykazuje, że na ogólną zgłaszalność chorych ze środowisk miejskich i wiejskich do szpitala wpływa odległość między miejscem zamieszkania a szpitalem oraz skuteczność działania podstawowej opieki zdrowotnej, sprawowanej przez lekarza rejonowego. Jedynie w przypadkach powikłań ciąży, porodu i połogu oraz gruźlicy, chorób zakaźnych i układu krążenia nie obserwowano zasadniczych różnic. Świadczy to, że w tych chorobach świadomość potrzeby szybkiej pomocy medycznej oraz bezpłatność świadczeń wyrównały zgłaszanie się do szpitala chorych z miast i wsi.

CECHY CHARAKTERYSTYCZNE ORGANIZACJI OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD LUDNOŚCIĄ WIEJSKĄ

Ludność wiejska korzysta z opieki zdrowotnej w pełnym zakresie — tzn. z opieki profilaktycznej, leczniczej i rehabilitacyjnej — nie tylko w ośrodkach zdrowia na wsi, ale w zakładach służby zdrowia wszystkich szczebli. Dlatego mówiąc o organizacji opieki zdrowotnej nad ludnością wiejską mamy na względzie wszystkie instytucje służby zdrowia i ich działalność służącą zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych tej ludności. Organizację i zasady działania opieki

zdrowotnej oraz innych działów i służb, składających się na całość systemu organizacyjnego służby zdrowia, omówiono w poprzednich rozdziałach. W tym miejscu wskażemy jedynie na charakterystyczne cechy podstawowej opieki zdrowotnej na wsi. To bowiem ogniwo służby zdrowia na wsi dość istotnie różni się od rozwiązań organizacyjnych w miastach.

Wiejski rejon zapobiegawczo-leczniczy obejmuje obszar zamieszkały przez 3—4 tysiące ludności osiedlonej w promieniu 5—7 km od siedziby rejonu. Siedziba ośrodka ma położenie centryczne wobec granic i znajduje się w miejscowości najbardziej zaludnionej, stanowiącej centrum gospodarcze, kulturalne i komunikacyjne rejonu — najczęściej siedziba urzędu gminnego. W rejonie tym oprócz ośrodka zdrowia znajduje się apteka leków gotowych lub punkt apteczny. Budynek gminnego ośrodka zdrowia zawiera 3—4 gabinety, pokój na laboratorium i punkt apteczny (jeżeli nie ma apteki), poczekalnię i rejestrację. W nowo wznoszonych budynkach z reguły znajdują się także 2—3 mieszkania dla personelu medycznego. Budynek ośrodka jest wyposażony w światło elektryczne, wodę bieżącą, urządzenia sanitarno-higieniczne i centralne ogrzewanie. Wiele ośrodków zdrowia oprócz niezbędnego wyposażenia dla stanowisk pracy lekarza ogólnego, pediatry i ginekologa, lekarza dentysty, pielęgniarki, położnej i innych fachowych pracowników dysponuje samochodem osobowym do udzielania świadczeń w obrębie gminy.

Podstawowe świadczenia zdrowotne (diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne) w obrębie wiejskiego rejonu zapobiegawczo-leczniczego oraz sprawowanie kontroli nad warunkami higienicznymi środowiska bytowania i pracy wykonuje zespół fachowych pracowników medycznych, na którego czele stoi lekarz, kierownik Ośrodka Zdrowia.

Ośrodki zdrowia na wsi są placówkami terenowymi odpowiednich zespołów opieki zdrowotnej.

Opiekę zdrowotną nad ludnością wiejską sprawują ośrodki zdrowia (wiejskie, gminne i przyzakładowe), a także w niektórych przypadkach punkty zdrowia oraz rejony zapobiegawczo-lecznicze przychodni rejonowych. Placówki te obejmują opieką lekarską dorosłych ze środowisk zamieszkania i pracy, dzieci w miejscu zamieszkania, nauki i wychowania, a opieką stomatologiczną całą ludność ze wszystkich trzech środowisk.

Zakres opieki medycznej w przypadku wiejskiego ośrodka zdrowia obejmuje środowiskową opiekę ogólnolekarską nad mieszkańcami rejonu, pracownikami uspołecznionych zakładów pracy, uczniami, opiekę stomatologiczną i pielęgniarstwo środowiskowe. Gminny ośrodek zdrowia przy zachowaniu opieki nad środowiskiem zamieszkania, pracy i nauki ma szerszy zakres zadań i bardziej wyspecjalizowane funkcje zapobiegawczo-lecznicze. Należą do nich: opieka ogólnolekarska nad dorosłymi, pediatryczna nad dziećmi i młodzieżą, położniczo-ginekologiczna, stomatologiczna, pielęgniarstwo środowiskowe oraz nadzór nad wszystkimi formami opieki spełnianymi przez wiejskie ośrodki zdrowia w gminie.

Zasady organizacji pracy w ośrodku zdrowia są takie same jak w poradniach rejonowych. Na terenie działalności ośrodka zdrowia w przypadku jego znacznego oddalenia od większych skupisk ludności (wsi, zakładów rolnych i leśnych, szkół) mogą być ponadto organizowane punkty zdrowia: lekarskie, felczerskie, pielęgniarskie i położnicze. Punkty te, jako terenowe placówki ośrodka zdrowia, podlegają kierownictwu i nadzorowi ośrodka.

Punkt lekarski jest prowadzony przez lekarza dojeżdżającego, zatrudnionego w niepełnym wymiarze godzin (poniżej 5 godzin dziennie). Jako komórki organizacyjne ośrodka działają na wsi również izby chorych, izby porodowe, apteki lub punkty apteczne.

Ośrodek zdrowia jest zakładem opieki zdrowotnej o najbardziej podstawowym, elementarnym zakresie kompetencji lekarskich i technicznych. Opiekę medyczną (lekarsko-pielęgniarską), medyczno-społeczną i sanitarno-przeciwepidemiczną sprawuje w ośrodku wymieniony zespół pracowników medycznych.

W związku z tym, że ośrodek nie zapewnia bardziej specjalistycznego zakresu opieki oraz nie ma możliwości rozszerzenia postępowania diagnostycznego, powinien on współpracować ściśle z macierzystym ZOZ-em, gdzie pacjenci z ośrodka zdrowia mogą uzyskać większość specjalistycznych porad lekarskich i świadczeń diagnostycznych (badanie rentgenodiagnostyczne, laboratoryjne itp.).

Lekarz rejonowy ośrodka zdrowia, podobnie jak lekarz miejskiej poradni ogólnej, opiera swoją działalność na stosowaniu metody czynnego poradnictwa i dyspanseryzacji.

Aktualnie w Polsce, w 3185 ośrodkach zdrowia, pracuje 3240 lekarzy (w pełnym wymiarze godzin), 2340 stomatologów, 7700 pielęgniarek. Jeden lekarz na wsi obsługuje przeciętnie populację liczącą około 4000 mieszkańców kilku lub kilkunastu wsi i małych miasteczek, rozłożonych w promieniu 5—7 km.

KIERUNKI DALSZEGO DZIAŁANIA W DZIEDZINIE OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD LUDNOŚCIĄ WIEJSKĄ

Różnice między miastem a wsią w zakresie sytuacji zdrowotnej zacierają się stopniowo, ale istnieją nadal. Wytyczając kierunki dalszego działania w dziedzinie opieki zdrowotnej nad ludnością wiejską należy stwierdzić, że muszą dotyczyć one przede wszystkim poprawy warunków pracy, warunków bytowania, podniesienia jakości żywienia oraz dalszego rozszerzania podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej.

Eliminowanie zagrożeń w środowisku pracy na wsi to przede wszystkim problem bezpiecznych maszyn, sprzętu rolniczego i środków chemicznych (stosowanych jako sztuczne nawozy i środki owadobójcze) oraz właściwego wprowadzania wszelkich nowości z tego zakresu do masowego używania pod kontrolą wymogów fizjologii pracy i zasad bhp w warunkach wiejskich. Sprawy te są już w pewnym stopniu uregulowane w uspołecznionych gospodarstwach rolnych. U rolników indywidualnych sytuacja przedstawia się znacznie gorzej mimo intensywnej akcji uświadamiającej i nadzoru służby zdrowia.

Problemem podstawowym w zakresie bytowania na wsi jest zaopatrzenie w wodę. Dostępne dane ukazują powagę tego zagadnienia. Według szacunków około 600 000 gospodarstw rolnych odczuwa ilościowy niedobór wody, a około 70% prywatnych studni dostarcza wodę złej jakości pod względem higienicznym. W tej sytuacji zaopatrzenie wsi w wodę dobrej jakości staje się jednym z podstawowych zadań społecznych. Podobnie palącym zagadnieniem jest usuwanie odpadków i nieczystości w środowisku wiejskim, gdyż stwarzają stałe zagrożenie epidemiczne chorobami zakaźnymi i robaczycami. Żywiołowemu w ostatnich latach rozwojowi budownictwa wiejskiego coraz częściej jednak towarzyszy higieniczne wyposażenie mieszkań oraz budynków gospodarskich, które zapewnia zgodne z zasadami bhp warunki pracy.

Sprawą o podstawowym znaczeniu jest zagrożenie produktów żywnościowych, wytwarzanych na wsi, skażeniem chemicznymi środkami ochrony roślin. Chemizacja rolnictwa w Polsce postępuje bardzo szybko. Nie można zatem dopuścić do trwałego skażenia środowiska (gleby, wody, powietrza) i żywności szkodliwymi dla zdrowia związkami.

Stan higieniczny produkcji mleka, mięsa i jego przetworów, pieczywa oraz innych wyrobów przemysłu spożywczego (zwłaszcza w małych zakładach zlokalizowanych na wsiach, osiedlach i miasteczkach) budzi niejednokrotnie poważne zastrzeżenia. Niezbędna jest więc poprawa organizacji i kontroli tego stanu.

Dysproporcja w stanie zdrowia ludności wiejskiej w porównaniu ze stanem zdrowia mieszkańców miast pochodzi także z istniejących niedoborów żywieniowych. Ludność wiejska żywi się nieracjonalnie, stąd wynikają niedobory pełnowartościowego białka, witamin i składników mineralnych. Ważną w tym zakresie rolę ma do spełnienia oświata zdrowotna.

Poprawa warunków pracy i bytu ludności wiejskiej, od której zależy bezpośrednio stan zdrowia tej ludności, a pośrednio także stan zdrowia ludności całego kraju, stała się w ostatnich latach przedmiotem szeroko zakrojonego programu higienizacji wsi. W inicjowaniu i realizacji tego programu znaczną rolę odgrywa społeczna służba zdrowia.

5. REHABILITACJA INWALIDÓW

Zagadnienia rehabilitacji stanowią złożony problem nie tylko medyczny, ale także społeczny i ekonomiczny. Rehabilitacja zajmuje się przywracaniem zdrowia, sprawności fizycznej i psychicznej oraz przydatności społecznej ludziom dotkniętym kalectwem w następstwie przebytych chorób lub urazów.

Dominujący obecnie udział w powstawaniu inwalidztwa mają choroby przewlekłe, które stanowią około 80% wszystkich przyczyn (wśród nich przede wszystkim choroby układu krążenia, narządu ruchu, układu nerwowego, choroby psychiczne i reumatyczne). Pozostałe 20% przyczyn inwalidztwa wiąże się z przebytymi urazami.

Postępowanie rehabilitacyjne powinno być stosowane powszechnie przez każdego lekarza i w każdym zakładzie leczniczym służby

zdrowia (szpitale, sanatoria, poradnie ogólne, przemysłowe, zdrowia psychicznego, przeciwgruźlicze i inne poradnie specjalistyczne).

W procesie rehabilitacji są wyróżnione trzy zasadnicze elementy ściśle ze sobą powiązane:

1) rehabilitacja medyczna (lecznicza);
2) rehabilitacja społeczna;
3) rehabilitacja zawodowa.

REHABILITACJA MEDYCZNA (LECZNICZA)

Do podstawowych elementów rehabilitacji leczniczej należą:

a) zabiegi chirurgiczne mające na celu przywrócenie w maksymalnym stopniu funkcjonalnej wydolności danego narządu,

b) fizykoterapia,

c) gimnastyka lecznicza,

d) terapia zajęciowa,

e) psychoterapia,

f) nauczanie wykonywania czynności codziennych.

Zorganizowane formy rehabilitacji leczniczej nie istniały u nas przed wojną. Zalążki jej powstawały zaraz po wojnie i to głównie w lecznictwie ortopedycznym, gdzie problem kalectw stał się szczególnie ostry z powodu skutków wojny i okupacji. Powstała wówczas na terenie kraju sieć zakładów i poradni rehabilitacyjnych. Od tego czasu rehabilitacja medyczna rozwinęła się wyraźnie na terenie całego kraju i objęła nie tylko specjalności, które zajmują się zaburzeniami narządu ruchu (ortopedia, neurologia, reumatologia), lecz także inne specjalności (psychiatria, kardiologia, kardiochirurgia, ftyzjatria, balneologia, torakochirurgia i inne).

W zakresie stacjonarnej opieki zdrowotnej powstały następujące grupy ośrodków rehabilitacji leczniczej:

— kliniki rehabilitacyjne akademii medycznych;

— terenowe szpitale lub oddziały rehabilitacyjne przy szpitalach wojewódzkich;

— sanatoria rehabilitacyjne.

W lecznictwie ambulatoryjnym ważną rolę w rehabilitacji spełniają poradnie specjalistyczne (szczególnie reumatologiczne, zdrowia psychicznego, dla dzieci z uszkodzeniami narządu ruchu) oraz wojewódzkie poradnie usprawniania leczniczego.

Rehabilitacja lecznicza stała się obecnie jednym z czołowych problemów społecznej służby zdrowia w naszym kraju, a wiele ośrodków może poszczycić się już wieloletnim doświadczeniem. Na szczególną uwagę zasługują wyniki rehabilitacji uzyskane w chorobach układu krążenia, narządu ruchu, układu oddechowego oraz w chorobach neurologicznych i psychicznych.

W latach 1970—1978 zorganizowano 18 wojewódzkich przychodni rehabilitacyjnych. Obecnie jest ich w kraju 25. Baza łóżkowa dla potrzeb rehabilitacji zwiększyła się w tym czasie ponad dwukrotnie i w skali kraju dysponuje obecnie ponad 8000 łóżek. Rehabilitację kompleksową (lecznicza, zawodowa i społeczna) prowadzi obecnie w Polsce 5 specjalistycznych zespołów opieki zdrowotnej, mając w dyspozycji 2600 łóżek i najnowocześniejsze urządzenia. Polskie metody rehabilitacji kompleksowej zyskały sobie powszechne uznanie w świecie.

Ważnym kierunkiem działania jest rozwój zaopatrzenia ortopedycznego. Zwiększający się procent osób w podeszłym wieku, stały wzrost urazowości, znacznie zwiększona liczba obywateli uprawnionych do bezpłatnych świadczeń — oto czynniki, które spowodowały znaczny wzrost zapotrzebowania na zaopatrzenie ortopedyczne. W roku 1978 liczba zgłoszonych wniosków na nowe przedmioty ortopedyczne wynosiła około 360 000.

REHABILITACJA SPOŁECZNA

Zadaniem rehabilitacji społecznej jest pomoc inwalidzie w powrocie na uprzednio zajmowane miejsce w pracy, w rodzinie i społeczeństwie, z którego został wyłączony wskutek choroby lub urazu.

Rehabilitacja społeczna jest zadaniem złożonym i obejmuje etap opieki lekarskiej (celem leczenia jest również uzyskanie skutku społecznego), warunki szkoleniowe oraz sprawy bytowe. Zapewnienie inwalidzie właściwej opieki spoczywa w ręku zespołu ludzi i instytucji, których wysiłki koordynuje kwalifikowany pracownik socjalny ze znajomością zagadnień psychologii, ustawodawstwa i socjologii. Usługi z zakresu poradnictwa socjalnego obejmują szeroki zakres problemów, od prostych spraw materialnych aż do skomplikowanych sytuacji osobistych i rodzinnych. Podstawowym zadaniem służby zdrowia prowadzącej rehabilitację jest konieczność do-

kładnego zapoznania się z indywidualnymi potrzebami inwalidy oraz dokładne rozeznanie środowiska, do którego chory ma powrócić.

Problemy rodzinne inwalidy odgrywają znaczną rolę w procesie rehabilitacji, zwłaszcza sytuacja rodzinna dziecka kalekiego*. Kalectwo dziecka może stać się przyczyną poważnych konfliktów rodzinnych, z drugiej jednak strony udział rodziców lub opiekunów w długotrwałym procesie rehabilitacji jest absolutnie niezbędny, a ostateczny jej wynik w znacznym stopniu zależy od ustabilizowanej i sprzyjającej sytuacji rodzinnej. Troska o właściwe nastawienie psychiczne rodziców i uzyskanie ich współpracy — to obowiązek nie tylko lekarza i psychologa, ale i asystenta socjalnego. Zaniedbania rodziców w stosunku do dzieci trwale upośledzonych na zdrowiu wynikają często z nieznajomości ich podstawowych potrzeb, a informowaniem o tych potrzebach powinna zajmować się właśnie służba socjalna.

Innym zadaniem służby socjalnej wynikającym ze specyficznych potrzeb wieku dziecięcego jest troska o zapewnienie każdemu dziecku kalekiemu ciągłości nauki szkolnej, jako ważnego elementu rehabilitacji. Ze względu na wyjątkową wagę tego zagadnienia asystent socjalny musi być zawsze gotów do usuwania wszelkich przeszkód utrudniających dziecku systematyczną naukę (jest to teren współpracy służby socjalnej z władzami oświatowymi).

Obecnie doszliśmy w naszym kraju do etapu, w którym dobrze zorganizowana służba socjalna stała się niezbędna jako ważny element zespalający cały proces rehabilitacji i zapewniający ludziom kalekim uzyskanie maksymalnej sprawności życiowej.

Konieczność ta jest logiczną konsekwencją dotychczasowych osiągnięć uzyskanych w rehabilitacji leczniczej. Niezależnie od wszystkich aspektów humanitarnych przemawiają za tym również argumenty natury społeczno-ekonomicznej.

W ostatnich latach coraz bardziej docenia się w Polsce potrzebę rozwijania służb socjalnych w lecznictwie i rehabilitacji. Świadczą o tym między innymi następujące fakty:

* Gąssowski P., Kleczkowski B.: Zagadnienia organizacji służb socjalnych w leczniczej rehabilitacji dzieci kalekich w Polsce. Zdrowie Publiczne 1967, 3, 339.

a) zapoczątkowanie przez resort zdrowia i opieki społecznej systematycznego szkolenia pracowników socjalnych oraz organizowanie zjazdów i konferencji poświęconych socjalnym aspektom rehabilitacji;

b) tworzenie coraz liczniejszych komórek socjalnych w szpitalach, ośrodkach rehabilitacyjnych i zespołach opieki zdrowotnej;

c) coraz większe docenianie zagadnień socjalnych przez lekarzy i innych pracowników medycznych społecznej służby zdrowia;

d) rozwój działalności organizacji zajmujących się niesieniem pomocy osobom o upośledzonym zdrowiu oraz popularyzację w społeczeństwie idei rehabilitacji inwalidów (Polski Komitet Pomocy Społecznej z liczną kadrą honorowych opiekunów społecznych działających w terenie, Towarzystwo Przyjaciół Dzieci, Związek Harcerstwa Polskiego oraz Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem).

REHABILITACJA ZAWODOWA

Celem i zadaniem rehabilitacji zawodowej jest przygotowanie inwalidy do podjęcia pracy oraz zatrudnienia w odpowiednich warunkach. Rehabilitacja zawodowa następuje z zasady po rehabilitacji leczniczej oraz — jeżeli zachodzi potrzeba — po zaopatrzeniu inwalidy w protezy lub aparaty ortopedyczne.

Do podstawowych elementów i zadań rehabilitacji zawodowej inwalidów należą:

a) poradnictwo zawodowe, które powinno zawierać specjalistyczną ocenę inwalidy z punktu widzenia lekarskiego, psychologicznego i zawodowego, pod kątem możliwości jego szkolenia i zatrudnienia (elementy tego poradnictwa istnieją w szkołach specjalnych, zakładach szkolenia inwalidów, przychodniach rehabilitacji zawodowej oraz lekarskich komisjach inwalidztwa i zatrudnienia);

b) przygotowanie inwalidów do pracy, polegające na przeszkoleniu ich w zawodzie lub czynnościach odpowiadających pozostałym sprawnościom inwalidy;

e) zatrudnianie inwalidów na stanowiskach roboczych odpowiednio dobranych i dostosowanych do kalectwa bądź choroby przewlekłej;

d) sprawowanie opieki lekarskiej i socjalno-bytowej nad inwalidami pracującymi.

W bardzo wielu przypadkach nawet ciężkich okaleczeń lub chorób rehabilitacja przywraca pełną zdolność fizyczną i zawodową, przy czym chory wraca na swe dawniej zajmowane stanowisko pracy.

U niektórych chorych podjęcie pracy jest uwarunkowane adaptacją stanowiska pracy (np. zmiana rodzaju krzesła, zmiana wysokości warsztatu itp.). U innych zachodzi konieczność nauczenia się innego zawodu (rehabilitacja zawodowa umożliwia choremu zmianę zawodu).

Czasem chory może wrócić mimo kalectwa do pracy, jeśli stworzy mu się warunki pracy chronionej (np. chory ze zmianami reumatycznymi, który nie może pracować w chłodzie, może pracować w zamkniętym pomieszczeniu). Spółdzielczość inwalidzka przyjmuje pod swoją opiekę chorych, którzy mogą pracować w warunkach specjalnych.

U niektórych chorych po ukończeniu leczenia kalectwo jest tak ciężkie, że nie mogą oni opuszczać mieszkania, ale dzięki rehabilitacji uzyskują zdolność do pracy chałupniczej. Chorzy tacy przechodzą również pod opiekę spółdzielczości inwalidzkiej, która dostarcza im surowce i narzędzia pracy oraz odbiera produkty pracy za odpowiednim wynagrodzeniem.

W nielicznych przypadkach nie udaje się z powodu ciężkości kalectwa fizycznego lub psychicznego uczynić chorego zdolnym do jakiejkolwiek pracy, ale i w tych przypadkach rehabilitacja jest uzasadniona i spełnia swój cel, jeśli potrafi chorego uniezależnić od pomocy drugich osób. Takie usamodzielnienie chorego przez rehabilitację uwalnia rodzinę od konieczności stałej, całodziennej opieki, zwiększając siłę roboczą rodziny.

Rehabilitacja — we wszystkich jej odmianach — jest procesem o głębokiej wartości humanitarnej, ale oprócz tego ma duże znaczenie ekonomiczne dla gospodarki kraju.

Zagadnienia rozwoju rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia inwalidów znalazły swoje miejsce w odpowiednich aktach władz państwowych. W 1949 roku został opracowany (przez ówczesne Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej) ramowy program rehabilitacji zawodowej, którego założeniem było rozwiązanie problemu inwalidztwa przez odpowiednio dobraną pracę dla inwalidów, a nie tylko za pomocą rent i zapomóg. Założenia programu rehabilitacji zawodowej zostały przyjęte przez Prezydium Rządu, które (uchwałą z 29 XI 1950 r. w sprawie opieki nad inwalidami) nałożyło na ministerstwa gospodarcze obowiązek zwiększenia w podległych im zakładach zatrudnienia inwalidów, z jednoczesnym zapewnieniem im odpowiednich warunków bytowych.

Uchwała Rady Ministrów z 1962 roku zobowiązała wszystkie większe zakłady przemysłowe, których pracownicy są objęci opieką przemysłowej służby zdrowia, do zorganizowania i prowadzenia — w miarę potrzeb i możliwości — ośrodków rehabilitacji zawodowej oraz pracowni psychologii i fizjologii pracy, jak również do współdziałania z komisjami lekarskimi do spraw inwalidztwa i zatrudnienia, zwłaszcza w zakresie zatrudniania inwalidów na odpowiednich stanowiskach.

Podstawę prawną do rozwoju rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia inwalidów stanowi także rozporządzenie Rady Ministrów (5 V 1967 r.) w sprawie planowego zatrudniania inwalidów. Rozporządzenie to zobowiązuje m.in. właściwe do spraw zdrowia i opieki społecznej organy urzędów wojewódzkich do organizowania wojewódzkich poradni rehabilitacji zawodowej oraz organizowania zakładów rehabilitacji zawodowej.

Uchwała ta zaleciła Związkowi Spółdzielni Inwalidów rozwijanie sieci spółdzielni inwalidów, zwłaszcza w formie zakładów pracy chronionej (dla niewidomych, dla inwalidów z powodu gruźlicy, chorób psychicznych, nerwowych i innych), oraz rozszerzenie działalności produkcyjno-usługowej spółdzielni inwalidów na miasta, w których istnieją skupiska inwalidów wymagających rehabilitacji zawodowej. Spółdzielniom inwalidów zapewniono odpowiednie zaopatrzenie w surowce, narzędzia i urządzenia oraz przyznano ulgi podatkowe i dotacje umożliwiające rozbudowę własnych spółdzielczych zakładów leczniczo-wypoczynkowych i rehabilitacyjnych. Inwalidzi zrzeszeni w Związku Spółdzielni Inwalidów znajdują dzięki tej organizacji stałą pracę, która przywraca im wiarę w ich społeczną użyteczność.

Najważniejsze aktualnie zadania stojące przed rehabilitacją inwalidów to przede wszystkim:

a) skuteczniejsze ujęcie profilaktyki kalectw, wczesne ich wykrywanie i wczesne leczenie;

b) lepsza organizacja lecznictwa urazowego i poprawianie poziomu tego lecznictwa;

c) pełniejsza i powszechniejsza integracja rehabilitacji medycznej z lecznictwem i przyjęcie zasady, że nie leczy się choroby, lecz chorego (dotyczy to przede wszystkim osób, których choroby, wady lub okaleczenia grożą naruszeniem sprawności zawodowej, lub też już ją naruszyły);

d) organizacja szkół dla dzieci kalekich z internatami (co najmniej 1 internat w każdym województwie).

Dzięki rehabilitacji inwalidzi stają się pełnoprawnymi współobywatelami. Świadomość użyteczności społecznej ich pracy decyduje o samopoczuciu i stosunku do życia, kształtuje ich pozycję społeczną i szacunek środowiska.

6. OPIEKA ZDROWOTNA NAD LUDŹMI STARYMI

Do niedawna Polska znajdowała się w tym stadium rozwoju demograficznego, które jest określane jako „przedpole starzenia się ludności" (8—10% osób w wieku 60 i więcej lat). Po roku 1960 Polska weszła już w stadium „starzenia się ludności" (ponad 10% osób w wieku 60 i więcej lat), a prognozy demograficzne przewidują dalsze systematyczne nasilanie się tego procesu*. Przedłużanie się życia ludzkiego oraz związany z tym wzrost udziału osób w wieku podeszłym w ogólnej strukturze ludności naszego kraju narzucają wiele nowych, istotnych problemów społecznych, wymagających szybkiego i racjonalnego rozwiązania. Wśród nich coraz ostrzej występuje problem utrzymania maksymalnej sprawności życiowej oraz przeciwdziałania procesom przedwczesnego zniedołężnienia fizycznego i psychicznego ludzi w wieku podeszłym przez odpowiednie postępowanie zapobiegawcze, lecznicze i rehabilitacyjne. Rozwiązanie tego problemu wymaga między innymi odpowiedniego programu działania oraz dostosowania struktury organizacyjnej systemu opieki zdrowotnej także do potrzeb ludzi starych.

Dotychczasowa organizacja opieki zdrowotnej brała pod uwagę praktycznie dwa okresy życia ludzkiego — wiek dziecięcy i dojrzały. Dopiero od dość niedawna medycyna zaczęła interesować się intensywniej trzecim okresem życia człowieka — starością. Geriatria wyodrębniła się jako dyscyplina naukowa przed około 25 laty, ale mimo dość szybkiego rozwoju nadal jeszcze zasób wiedzy o starzeniu się ustroju oraz o metodach postępowania zapobiegawczego, leczniczego i rehabilitacyjnego u ludzi starych jest porównawczo znacznie uboższy niż — dla przykładu — odpowiedni zasób wiedzy z zakresu pediatrii. Stąd wynika między innymi trudność precyzyjnego określenia zasad opieki zdrowotnej nad ludźmi starymi. Trudność tę pogłębia ponadto w naszym kraju brak szczegółowego rozpoznania ilościowych i jakościowych potrzeb zdrowotnych tej grupy ludności oraz brak szerszych doświadczeń własnych w zakresie opieki geriatrycznej.

* Rosset E.: Ludzie starzy. Studium demograficzne. PWE, Warszawa 1967.

CHARAKTERYSTYKA POTRZEB ZDROWOTNYCH W WIEKU PODESZŁYM

Badania nad wykorzystaniem świadczeń służby zdrowia w krajach, które wcześniej niż Polska wkroczyły w stadium starzenia się ludności, wykazują, że osoby po 60 roku życia korzystają ponad dwukrotnie częściej ze wszystkich instytucji leczniczych w porównaniu z pozostałymi grupami wieku. Na tej podstawie można przypuszczać z bardzo dużym prawdopodobieństwem, że już obecnie w Polsce wykorzystanie świadczeń służby zdrowia przez osoby w trzecim okresie życia przekracza 25% całości tych świadczeń. Można także przypuszczać, że suma świadczeń opieki leczniczej dla osób w wieku podeszłym przekracza lub wkrótce przekroczy sumę świadczeń pediatrycznych.

Ostre i przewlekłe choroby mogą w każdym wieku prowadzić do ułomności różnego rodzaju i stopnia. Osoby młode wracają jednak w znacznie większym odsetku po zakończeniu choroby do pełnego zdrowia. U ludzi starych natomiast choroba prawie zawsze trafia na ustrój zmieniony wiekiem, w większym lub mniejszym stopniu obarczony procesami inwolucyjnymi i zwyrodnieniowymi, co jest przyczyną przedłużania się okresu zdrowienia i utrwalania się ułomności. Pojęcie ułomności jest tu rozumiane w szerszym znaczeniu tego słowa, nie tylko w sensie ułomności fizycznej, lecz także psychicznej i społecznej. Dlatego też szczególnego znaczenia w opiece geriatrycznej nabierają wszelkie metody działania profilaktycznego, zależnie od stopnia zaawansowania procesu chorobowego.

Podział chorób wieku starczego na ostre i przewlekłe ma duże znaczenie praktyczne z punktu widzenia organizacji opieki zdrowotnej. Leczenie chorób ostrych odbywa się na ogólnie przyjętych zasadach w szpitalach, ambulatoriach lub w domu chorego. Choroby przewlekłe wymagają długotrwałego leczenia z reguły w warunkach szpitalnych, a zarazem opieki medycznej i społecznej po wyjściu chorego ze szpitala w celu utrzymania stanu poprawy bądź zapobieżenia nawrotom, bądź też opóźnienia pogarszania się stanu zdrowia.

Rozpowszechnienie chorób przewlekłych, zarówno somatycznych, jak i psychicznych, jest u osób po 60 roku życia większe niż w innych grupach wieku. Z punktu widzenia postępowania leczniczego można podzielić choroby przewlekłe wieku starczego na trzy grupy. Do grupy pierwszej zalicza się choroby rokujące poprawę, a więc wymagające intensywnego leczenia i rehabilitacji (np. przewlekłe stany zapalne dróg oddechowych, zawał serca, obrażenia pourazowe). Do drugiej grupy należą choroby doprowadzające do ułomności trwałej i nie rokujące poprawy (np. nowotwory, przewlekła niewydolność krążenia). Postępowanie lecznicze lub rehabilitacyjne nie osiąga w tych przypadkach trwałych wyników, łagodzi jednak przebieg i cierpienia chorego. Do grupy trzeciej można zaliczyć choroby związane ze starzeniem się ustroju (np. otępienie starcze, zmiany zwyrodnieniowe układu kostno-stawowego i układu krążenia), a wynikające z długiego życia oraz przebytych chorób i urazów. Medycyna współczesna nie zna skutecznych sposobów leczenia tych stanów, ale istnieją możliwości opóźnienia ich rozwoju przez racjonalną organizację życia ludzi starych, właściwe odżywianie, aktywizację fizyczną i psychiczną, zapewnienie potrzeb socjalnych itp.

Badania dokonane w naszym kraju wykazują, że około 17% ogółu populacji w wieku ponad 60 lat ma złą sprawność życiową (znacznie zmniejszoną zdolność samoobsługi wskutek przewlekłych chorób i ułomności). Szczegółowe badania przyczyn ułomności starczej, prowadzone na populacji osób po 65 roku życia w Edynburgu, wykazały, że 2% musi stale pozostawać w łóżku, 7,5% nie wychodzi poza mieszkanie, 35,5% wychodzi poza dom, lecz ma bardzo ograniczony zakres aktywności, a pozostałe 55% wykazuje normalny zakres aktywności życiowej. Wśród przyczyn ograniczenia aktywności życiowej ludzi starych stwierdzono w 43% przypadków dolegliwości stóp (z tego tylko 5,5% znanych i leczonych przez lekarzy), w 37% inne zaburzenia narządu ruchu (z tego 21% znanych i leczonych), a w 12% zaburzenia układu moczowego (z tego 2,5% znanych i leczonych). Otępienie starcze wykazywało 27,5% badanych (z tego tylko 3,5% znanych lekarzowi sprawującemu opiekę). W znacznej większości przypadków stwierdzono u osób starych współistnienie kilku chorób przewlekłych lub ułomności ograniczających ich aktywność życiową, z których wiele można było usunąć przez odpowiednie postępowanie lecznicze lub korekcyjne (np. choroby stóp, zaburzenia wzroku i słuchu itp.).

Należy podkreślić znaczny wpływ upośledzenia zmysłów na stan psychiczny ludzi starych. Prawie co czwarty starzec jest głuchy lub ma niekorygowane zaburzenia wzroku. W konsekwencji tego ulega pogorszeniu kontakt z otoczeniem, zmniejsza się zakres zainteresowań i obniża się sprawność życiowa.

Choroba przewlekła jest dalszym urazem psychicznym, a przyjęcie do szpitala lub innego zakładu jest równoznaczne z oderwaniem od środowiska, koniecznością odstąpienia od przyzwyczajeń i nawyków. Dostosowanie się do nowych warunków i nie znanego środowiska wymaga dużego wysiłku. Starzy ludzie na ogół źle przystosowują się do nowego miejsca, personelu, wyżywienia itp.

Znajomość stanu i reakcji psychicznych osób starych jest konieczna dla organizatorów opieki geriatrycznej, jak również dla personelu medycznego i pomocniczego oddziałów dla przewlekle chorych i innych instytucji geriatrycznych. Od niej zależy między innymi dobór właściwych metod oraz efektywność postępowania leczniczego i rehabilitacyjnego.

Obecnie opieka zdrowotna nad ludźmi starymi obejmuje przeważnie osoby już wykazujące objawy chorobowe, a jej celem jest dążenie do wczesnego wykrycia i wyleczenia toczących się chorób (profilaktyka II fazy) oraz niedopuszczenie do nawrotów i utrwalenia się niepomyślnych skutków chorób (profilaktyka III fazy, metafilaktyka). W miarę rozwoju organizacji zdrowotnej i społecznej opieka geriatryczna opiera się coraz szerzej na elementach medycyny zapobiegawczej. Zapobieganie przedwczesnej starości i choro-

bom z nią związanym musi polegać na higienizacji życia i starannej opiece medycznej ludzi młodszych, przed okresem starzenia się ustroju.

FORMY ORGANIZACYJNE OPIEKI GERIATRYCZNEJ

Zapewnienie opieki stacjonarnej (w szpitalach i zakładach specjalnych) wszystkim przewlekle chorym i niedołężnym starcom przekracza możliwości finansowe, kadrowe i lokalowe nawet krajów znacznie od nas zamożniejszych i dysponujących gęstszą siecią szpitalną. Coraz szerzej organizuje się zastępcze formy opieki nie wymagające tak dużych nakładów finansowych, inwestycyjnych i kadrowych, a ponadto nie odrywających ludzi starych od ich środowiska rodzinnego. Do tych form zalicza się tzw. hospitalizację domową oraz szpitale dzienne i nocne.

W wielu krajach organizuje się w szpitalach dwa rodzaje oddziałów dla przewlekle chorych. Pierwszy z nich, zwany oddziałem geriatryczno-rehabilitacyjnym, jest przeznaczony dla chorych w wieku podeszłym, u których intensywne leczenie rehabilitacyjne rokuje poprawę stanu zdrowia i przywrócenie możliwości powrotu do normalnego życia. Drugi rodzaj — zwany oddziałem dla przewlekle chorych — jest przewidziany dla wszystkich chorych (w tym także osób starszych) wymagających długotrwałego pobytu szpitalnego, nie rokujących dobrych wyników leczniczych.

Oddział geriatryczno-rehabilitacyjny liczy zwykle 20—30 łóżek. Powinien on dysponować wydzieloną częścią budynku, najlepiej na parterze, z łatwym dostępem do zieleni i możliwością wyjazdu chorych na wózkach. Wyposażenie techniczne powinno uwzględniać wiek i stan zdrowia chorych. Oddział ten ma zwykle własną salę gimnastyki leczniczej oraz urządzenia do leczenia ruchem i pracą.

Oddział dla przewlekle chorych liczy 30 lub więcej łóżek i jest przeznaczony dla chorych, u których leczenie rehabilitacyjne nie dało wyników, a stan zdrowia wymaga dalszej długotrwałej opieki szpitalnej z punktu widzenia lekarskiego, a zwłaszcza pielęgniarskiego. Organizacja tego oddziału jest zbliżona do rehabilitacyjnego, choć ma on mniejsze zaplecze czynnego leczenia. Na oddziałach tych jest prowadzone normalne leczenie fizykoterapeutyczne i farmakologiczne. Szczególną uwagę zwraca się na stan psychiczny pacjentów. Chorzy i rodziny często uważają, że jest to oddział dla nieuleczalnie chorych i dlatego bardzo ważne jest zwalczanie złych nastrojów i negatywnego nastawienia.

Zasadniczym zadaniem organizacyjnym lecznictwa geriatrycznego jest maksymalne zbliżenie pomocy do podopiecznych. Zasadą najogólniejszą powinno być utrzymanie łączności ze środowiskiem rodzinnym, zarówno w czasie zdrowia, jak i choroby. Raz zerwana łączność, nawet z najbliższą rodziną, przy dłuższym leczeniu szpitalnym powoduje wyobcowanie osób starych ze środowiska rodzinnego i bardzo trudny, niejednokrotnie niemożliwy powrót. Z tych względów należy dążyć do decentralizacji zakładów geriatrycznych. Pogląd ten spowodował odstępstwo od budowy i organizacji dużych zakładów leczniczych i opiekuńczych, liczących kilkaset i więcej łóżek. Obecnie w krajach mających doświadczenie w tej dziedzinie za najdogodniejsze uważa się tworzenie oddziałów geriatrycznych liczących około 30 łóżek w szpitalach ogólnych i specjalistycznych. Samodzielne zakłady lecznicze i opiekuńcze dla osób starych i przewlekle chorych nie powinny liczyć więcej niż 100 miejsc. Decentralizacja zakładów geriatrycznych ułatwia również racjonalną gospodarkę kadrami. Praca na oddziale dla przewlekle chorych jest szczególnie uciążliwa dla personelu pielęgniarskiego. Zaobserwowano, że organizowanie oddziałów geriatrycznych w szpitalach ogólnych umożliwia rotację personelu z innymi oddziałami na określony okres i w ten sposób można zapewnić ciągłość pracy oraz należytą opiekę przewlekle chorym.

Organizowanie oddziałów geriatrycznych w szpitalach ogólnych przyczynia się także do nawiązywania ściślejszej współpracy szpitala z innymi zakładami dla starców, z których pewne grupy chorych mogą być okresowo przenoszone do zakładów leczniczych i odwrotnie.

Specjalnego znaczenia w lecznictwie geriatrycznym nabierają zagadnienia związane z szeroko pojętą rehabilitacją leczniczą.

Dla przywrócenia pacjentom sprawności fizycznej, psychicznej i społecznej jest konieczne zorganizowanie przy wszystkich oddziałach geriatrycznych odpowiednio rozbudowanych oddziałów rehabilitacyjnych, udostępnianych również chorym ambulatoryjnym i korzystającym z tzw. szpitali dziennych lub nocnych.

Dyskutowane i częściowo już realizowane propozycje struktury organizacyjnej opieki geriatrycznej w Polsce w ramach obecnej organizacji służby zdrowia i opieki społecznej opierają się na założeniach przyjętych w naszym kraju dla organizacji opieki zdrowotnej dla chorób i problemów zdrowotnych o dużym znaczeniu społecznym (np. ochrona macierzyństwa i zdrowia dziecka, zwalczanie gruźlicy, nowotworów itp.).

Postuluje się stworzenie wiodącego ośrodka naukowo-badawczego (ośrodki takie istnieją już w innych krajach socjalistycznych). Ośrodek ten podjąłby prace mające na celu opracowanie zagadnień biologicznych i medycznych okresu starości, jak również kierowałby szkoleniem i specjalizacją kadr medycznych i innych specjalistów biorących udział w opiece nad ludźmi starymi oraz ustalał podstawowe metody postępowania zapobiegawczego i leczniczego. Ośrodek ten powinien stać się organem opiniodawczym resortu oraz sprawować nadzór fachowy nad pracą całego pionu geriatrycznego.

Na szczeblu wojewódzkim ośrodkiem wiodącym byłby oddział geriatryczny z poradnią specjalistyczną przy wojewódzkim szpitalu zespolonym. Zespół ten spełniałby rolę konsultacyjną, metodyczno-organizacyjną i usługową dla swego rejonu działania, organizowałby opiekę domową oraz szkolenie kadr w ustalonym zakresie. Ordynator oddziału geriatrycznego (kierownik poradni) byłby równocześnie specjalistą wojewódzkim w sprawach geriatrii.

Dział opieki społecznej pracujący na rzecz osób w wieku podeszłym — łącznie z zakładami specjalnymi dla osób starych i przewlekle chorych — powinien być bardzo ściśle powiązany z działalnością pionu lecznictwa geriatrycznego, a może nawet całkowicie mu podlegać, gdyż problematyka ta jest praktycznie trudna do rozdzielenia. To posunięcie organizacyjne może wydatnie usprawnić pomoc ludziom starym potrzebującym opieki.

Liczba lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników medycznych, którzy powinni poświęcić się pracy nad zapewnieniem opieki zdrowotnej dla ludzi starych, będzie wzrastała proporcjonalnie do odsetka ludzi starych w społeczeństwie. Wymaga to uruchomienia szkół specjalnych dla średniego personelu medycznego z kierunkiem geriatrycznym.

Wieloletnie plany rozwoju służby zdrowia i opieki społecznej w Polsce uwzględniają już potrzeby ludzi starych, wynikające z nadchodzącego „drugiego wyżu demograficznego", związanego ze starzeniem się społeczeństwa. Obecnie około 25% chorych w szpitalach ogólnych stanowią osoby w wieku podeszłym.

Potrzeby ludzi starych w zakresie opieki zdrowotnej i społecznej nie są jeszcze dostatecznie zaspokojone. Według założeń przewiduje się dalszy wzrost liczby łóżek w zakładach dla przewlekle chorych oraz wzrost liczby miejsc w domach rencistów.

Rozdział VIII

POMOC SPOŁECZNA

W naszym kraju funkcjonuje szeroko rozbudowany system świadczeń i urządzeń, określany nazwą pomocy społecznej. System ten jest realizowany przez odpowiednie instytucje państwowe, organizacje społeczne i związki zawodowe, a także wyznaniowe na zasadzie skoordynowanego podziału zadań ustalonego przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej.

Podstawowym celem pomocy społecznej jest zaspokajanie niezbędnych potrzeb osób znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej, a więc:

— osób niezdolnych do pracy z powodu wieku, inwalidztwa lub innych przyczyn, które nie mają własnych środków utrzymania ani możliwości korzystania z pomocy rodziny obowiązanej do alimentacji;

— osób nie mających właściwie zorganizowanej opieki oraz osób (lub rodzin), które znalazły się przejściowo w trudnej sytuacji życiowej.

Podstawowe zasady działania pomocy społecznej polegają przede wszystkim na tym, aby przeciwdziałać powstawaniu sytuacji, w których osoba lub rodzina jest zmuszona zwracać się o pomoc oraz organizować wszechstronną i skuteczną pomoc dla tych, którzy bez niej obejść się nie mogą.

Konieczność rozwoju różnych form pomocy społecznej uzasadniają uwarunkowania demograficzne i społeczne. Od wielu lat obserwuje się systematyczny i rosnący z roku na rok wzrost liczby ludzi w starszym wieku. Granicą uznawaną przez demografów ONZ za miarę starości społeczeństwa stanowi przekroczenie przez co najmniej 7% ludności 65 roku życia. Polska przekroczyła ten próg w 1966 roku.

Z prognoz biologicznych GUS wynika, że będzie następowało większe tempo przyrostu liczby osób w przedziale 70—80 lat i więcej. W związku z tym narasta równocześnie liczba osób, która nie opuszcza domów. Szacuje się, że jest to wielkość około 4% osób w wieku poprodukcyjnym.

Ponadto podkreślenia wymaga fakt szybkiego starzenia się mieszkańców wsi. Liczba ludności w wieku emerytalnym w 1977 roku wynosiła w miastach 2,2 mln, na wsi 2,0 mln. Dane demograficzne wskazują, że na wsi liczba ludzi w starym wieku rośnie szybciej niż w mieście, przy czym ich sytuacja jest ogólnie gorsza od osób zamieszkałych w miastach.

Równie ważne jak uwarunkowania demograficzne są także czynniki społeczne. Na przestrzeni ostatnich lat wykształcił się i utrwala coraz bardziej model rodziny jednopokoleniowej, w której nie ma miejsca dla człowieka starego. Pewien wpływ na to zjawisko ma migracja związana z industrializacją i urbanizacją. Proces ten zaznacza się szczególnie na wsi, z której migrują do miast zwłaszcza ludzie młodzi. Pozostawieni na wsi starzy rodzice pozbawieni są często opieki, a nawet możliwości zapewnienia sobie niezbędnych warunków życiowych. Sytuację komplikuje w wielu wypadkach fakt, że obok ludzi starych, niezdolnych do pracy, a nawet samoobsługi, są również ludzie chorzy i inwalidzi.

Rozeznanie potrzeb społecznych wśród ludności i organizacja ich zaspokajania należy do opiekunów społecznych. Instytucja opiekunów społecznych została powołana uchwałą Rady Ministrów (z dnia 5 marca 1959 r.). Do zakresu działania opiekunów społecznych należy bezpośrednie organizowanie i prowadzenie (w ramach obowiązujących przepisów) następujących form pomocy społecznej:

a) pomoc dla dzieci i młodzieży oraz ich rodzin (sprawy dzieci trudnych, opuszczonych i zaniedbanych, rodziny alkoholików, dzieci w żłobku, przedszkolu i domu dziecka, sprawy rodzin zastępczych, sprawy alimentacyjne, organizowanie pomocy w nauce, organizowanie pomocy sąsiedzkiej itp.);

b) pomoc materialna dla osób nie mających dostatecznych środków utrzymania (uzyskanie zasiłków, obiadów, żywności, odzieży, dostarczanie opału itp.);

c) opieka nad ludźmi starymi (pomoc materialna, organizacja pomocy domowej, umieszczanie w domach pomocy społecznej, załatwianie spraw rentowych, alimentów itp.);

d) poszukiwanie bądź organizowanie zatrudnienia (kobiety samotne, obarczone dziećmi, byli więźniowie, młode dziewczęta zagrożone prostytucją, inwalidzi itp.);

e) pomoc dla osób chorych na gruźlicę (interwencje w sprawie poprawy warunków mieszkaniowych, remonty mieszkań, poprawa wyposażenia technicznego mieszkań itp.);

f) sprawy zatargów rodzinnych i sąsiedzkich;

g) sprawy opieki nad rodzinami osób odbywających karę więzienia i sprawy opieki postpenitencjarnej (po odbyciu kary więzienia);

h) współdziałanie w walce z alkoholizmem, opieka nad rodzinami alkoholików;

i) współdziałanie z kuratorami sądowymi.

Organizacja nowoczesnej pomocy społecznej wymaga właściwie przygotowanych kadr fachowych. Nie wystarczają już terenowi opiekunowie społeczni, chociaż ich rola pozostaje nadal bardzo istotna.

Tworzenie sieci pracowników socjalnych działających w ścisłej integracji z podstawową opieką zdrowotną, współpracujących z terenowymi opiekunami społecznymi stwarza warunki dla poprawy tej opieki, tj. znacznie lepszego rozeznania występujących potrzeb oraz stopnia ich zabezpieczenia.

Program rozwoju opieki społecznej przewidywał zorganizowanie w latach 1975—1990 podstawowej sieci pracowników socjalnych, której potrzeby docelowe określono liczbą około 8000 pracowników. Założono bowiem, iż 1 pracownik socjalny przypadać będzie średnio na 3500 mieszkańców w mieście oraz na 8000 ludności na wsi. Na koniec 1980 roku liczba pracowników socjalnych wynosiła ogółem 3600 osób. Jednocześnie nie rezygnuje się z działalności tere-

nowych opiekunów społecznych, zakładając jedynie, że w miarę wzrostu liczby pracowników zawodowych podstawową funkcją opiekuna społecznego będzie sygnalizowanie przypadków wymagających pomocy oraz organizowanie drobnych form pomocy siłami środowiska.

Ogólną charakterystyczną cechą aktywnie pracujących pracowników socjalnych i terenowych opiekunów jest ich wyrobienie społeczne, duże doświadczenie życiowe i — co najważniejsze — potrzeba działania społecznego.

Działający w naszym kraju system pomocy społecznej polega na dwóch rodzajach świadczeń:

1) pomocy społecznej pozazakładowej (system opieki pieniężnej, w naturze i usługach),

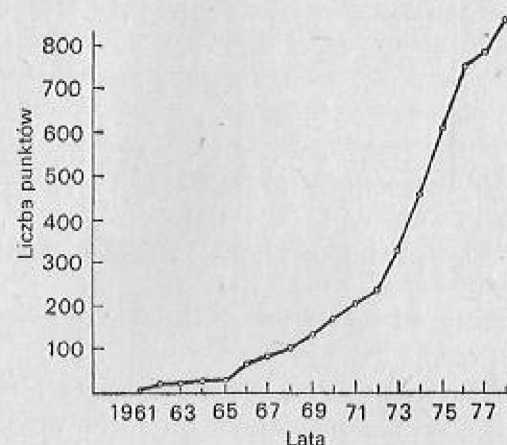
2) pomocy społecznej zakładowej (system domów pomocy społecznej).

System świadczeń pieniężnych obejmuje zasiłki i zapomogi w celu zapewnienia podstawowych środków utrzymania osobom, które nie mają rent ani rodzin obowiązanych do alimentacji oraz uzupełnienia niedostatecznych środków materialnych osobom starym i niezdolnym do pracy (renciści, mający renty minimalne, osoby chore — szczególnie na gruźlicę itp.).

System pomocy w naturze ma na celu organizację zaspokajania potrzeb typu materialnego, takich jak: obiady, żywność, odzież, obuwie, bielizna, opał, urządzenia domowe, dostarczanie środków do usamodzielnienia się (np. warsztaty chałupnicze), leków, środków opatrunkowych oraz środków wyrównujących zniekształcenia i kalectwo.

System pomocy w usługach ma na celu ułatwienie życia codziennego ludziom o niedostatecznej sprawności życiowej (zwłaszcza starym). Do tej formy pomocy społecznej należy organizowanie opieki nad chorym w domu przez specjalnie szkolone pielęgniarki środowiskowe, pomoc w wykonywaniu zwykłych czynności domowych przez opiekunki domowe PCK, aktywizacja kulturalna ludzi starych (głównie przez organizację klubów), usługi w dziedzinie zatrudnienia, aktywizacja społeczna (udział w pracach organizacji społecznych), usługi alimentacyjne, drobne remonty mieszkań, organizacja poradnictwa życiowego i prawno-społecznego, usługi pralnicze, krawieckie, szewskie, komunikacyjne itp., regulowanie i kształtowanie właściwych stosunków w rodzinie i w najbliższym środowisku.

Rozwój punktów opieki nad chorym w domu ilustruje bliżej ryc. 18.



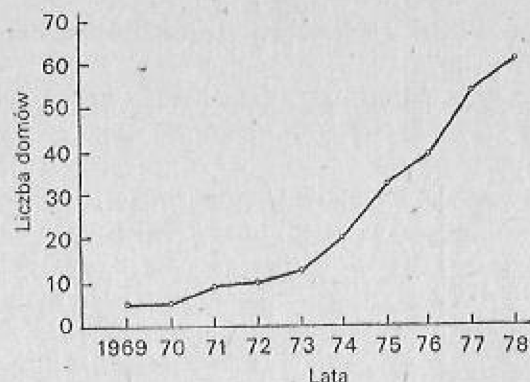
Ryc. 18. Rozwój punktów opieki nad chorym w domu w latach 1961—1978.

Ogromne znaczenie mają te formy pomocy, które zapobiegają izolacji ludzi starych. Zaliczyć do nich należy zwłaszcza kluby seniora, prowadzone przez organizacje społeczne, a przede wszystkim przez PKPS i Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów. Działa ich w Polsce ponad 1000. Ponadto prowadzone są różne formy wczasów, a w tym bardzo popularne wczasy na działkach, z których w roku 1978 skorzystało ponad 30 000 osób.

Na pograniczu pomocy środowiskowej i instytucjonalnej są dzienne domy pomocy społecznej, których rozwój ilustruje bliżej ryc. 19.

Nową inicjatywą, rozwijaną z powodzeniem w niektórych województwach, jest organizowanie wiejskich domów rolnika, przeznaczonych dla starszych wiekiem rolników. Są one administrowane i prowadzone przez urzędy gminne. W końcu 1978 roku było ich ponad 130.

Od roku 1979, w ramach pomocy społecznej, objęci zostali stałymi zasiłkami pieniężnymi ci rolnicy, którzy przekazali swoje gospodarstwa rolne następcom na podstawie ustawy z dnia 27 X 1977



Ryc. 19. Rozwój dziennych domów pomocy społecznej w latach 1969—1978.

roku o zaopatrzeniu emerytalnym oraz innych świadczeniach dla rolników i ich rodzin.

System domów pomocy społecznej ma na celu zapewnienie pełnej opieki w specjalnie zorganizowanych domach dla tych osób, które nie mogą żyć samodzielnie, nawet po zastosowaniu poprzednio wymienionych form pomocy.

Domy pomocy społecznej są różnicowane stosownie do stanu sprawności życiowej i psychofizycznej ludzi korzystających z tej formy opieki (starych, niezdolnych do pracy). Można je podzielić na 4 podstawowe grupy:

1) domy dla osób o średniej sprawności życiowej, które są zdolne w ograniczonym zakresie do samoobsługi;

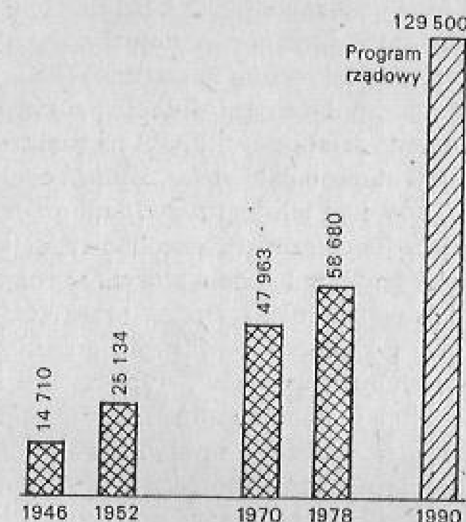
2) domy dla osób o złej sprawności życiowej, przewlekle chorych somatycznie, których dalsze leczenie szpitalne jest bezskuteczne, a którzy wymagają stałej pielęgnacji;

3) domy dla osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi;

4) domy dla dzieci głęboko niedorozwiniętych umysłowo.

Główny kierunek rozwojowy domów pomocy społecznej to domy dla osób o niskiej sprawności życiowej, zwłaszcza dla osób starych i przewlekle chorych. Proces starzenia się ludności (omówiony wcześniej) charakteryzuje się w naszym kraju znacznie szybszym tempem przyrostu populacji starej w porównaniu z przyrostem ludności ogółem. Zaspokojenie potrzeb życiowych tej populacji staje się obecnie dominującym zadaniem całego systemu pomocy społecznej.

Z ogólnej liczby 523 domów opieki społecznej z 58 680 miejscami około 44% wszystkich miejsc zajmują mieszkańcy wsi. Wynikające z integracji opieki zdrowotnej i pomocy społecznej nowoczesne zasady prowadzenia domów powodują, że przebywający w nich mieszkańcy i wychowankowie mają na miejscu zapewnioną przede wszystkim opiekę medyczną oraz rehabilitację leczniczą, społeczną i zawodową. Jednak na skutek utrzymującego się od wielu lat niedoboru miejsc w domach pomocy społecznej wzrasta liczba kandydatów oczekujących na umieszczenie i wydłuża się okres oczekiwania na miejsce. Na przykład: z ogólnej liczby kandydatów zakwalifikowanych w 1978 roku umieszczonych zostało w domach pomocy społecznej tylko 46% (ryc. 20).



Ryc. 20. Liczba miejsc w domach pomocy społecznej w latach 1946—1978—1990.

Program na przyszłe lata przewiduje zasadniczą poprawę sytuacji w tym zakresie, zwłaszcza przez zwiększenie liczby miejsc w domach dla przewlekle chorych.

Potrzeby w zakresie świadczeń pieniężnych obejmują prawie 200 000 ludzi, w tym na stałe zasiłki pieniężne ponad 65 000 osób. Około 550 000 osób w naszym kraju oczekuje pomocy w naturze,

czyli w zakresie świadczeń pieniężnych uzupełniających, głównie na żywność, odzież i opał.

Są to liczby znaczne, przy czym ich wielkości wydają się być zaniżone w stosunku do faktycznych potrzeb opiekuńczych występujących w naszym kraju.

Szczególnie opieka nad ludźmi chorymi i starymi, sprawowana od 1961 roku przez punkty PCK, działające poprzez terenowe oddziały tej organizacji, powinna być doskonalona i rozwijana. Może ona w znacznym stopniu złagodzić nacisk na zakładowe formy pomocy, co w związku z niedoborem miejsc w tych zakładach ma duże znaczenie.

Pomoc w naturze, udzielaną ze środków państwowych i społecznych, charakteryzował w ostatnich latach znaczny rozwój, zwłaszcza w zakresie obiadów, żywności, opału i odzieży. Pomoc ta obejmuje więcej osób i ma do dyspozycji z każdym rokiem coraz więcej środków. Organizowaniem pomocy w naturze w znacznym stopniu zajmuje się Polski Komitet Pomocy Społecznej (PKPS), powołany do uzupełniania środkami społecznymi dotacji państwa przeznaczonej na pomoc społeczną. W działalności PKPS na podkreślenie zasługuje działalność komisji starego człowieka, istniejących przy wielu radach terenowych. Zadaniem ich jest rozwijanie poczucia obowiązku i szacunku dla całego społeczeństwa wobec ludzi w wieku poprodukcyjnym, niesienie pomocy ludziom starym w rozwiązywaniu różnych problemów ich codziennego życia, przezwyciężanie uczucia osamotnienia tej grupy społeczeństwa przez organizowanie dla niej życia kulturalnego, klubów, wczasów, wypoczynku itd. Znaczne rezultaty mają także komisje pomocy alimentacyjnej, pomagające osobom zainteresowanym w realizacji uprawnień alimentacyjnych oraz komisje postpenitencjarne, które pomagają w adaptacji społecznej osobom po odbyciu kary odosobnienia oraz opiekują się rodzinami więźniów pozostającymi w ciężkich warunkach materialnych.

Pomoc społeczna zakładowa ulega również stopniowemu rozwojowi zarówno w sensie ilościowym, jak i jakościowym. Mówi o tym przyrost liczby miejsc w domach i zakładach pomocy społecznej wszystkich typów. Ulegają poprawie warunki higieniczno-sanitarne, podnosi się poziom ogólnej i specjalistycznej opieki lekarskiej nad pensjonariuszkami, rozwija się terapia zajęciowa. W zakładach specjalnych utworzono niezbędne oddziały specjalistyczne (reumatologiczne, neurologiczne, geriatryczne). Ulega poprawie wyposażenie domów w niezbędny sprzęt, urządzenia, odzież i bieliznę oraz wyżywienie pensjonariuszy. W większości domów stworzono warunki do rozwoju działalności kulturalnej. Są też rozwijane pożyteczne patronaty nad domami opieki społecznej, sprawowane przez poszczególne zakłady i instytucje.

Rozwój pomocy zakładowej nie nadąża jednak za szybko rosnącymi potrzebami społecznymi. Wprawdzie liczba miejsc w domach pomocy społecznej wszystkich typów w stosunku do ogółu ludności zwiększa się, ale zwiększa się także liczba osób wyczekujących na objęcie ich tą formą opieki.

Instytucja terenowych opiekunów społecznych (licząca obecnie ponad 60 000 osób) zdaje swój egzamin, zdobywając w pełni zasłużone uznanie i autorytet wśród społeczeństwa. Dzięki jej rozwojowi stało się możliwe przystąpienie do kompleksowego, dokładniejszego rozeznawania potrzeb społecznych, skoordynowanie świadczeń opiekuńczych, rozpoczęcie profilaktyki społecznej zmierzającej do ustalenia przyczyn i zapobiegania niepożądanym sytuacjom w życiu człowieka i rodziny, przechodzenie z biernych form pomocy (polegających na wyczekiwaniu na inicjatywę osoby zainteresowanej) do form pomocy czynnej (polegającej na aktywnym wyszukiwaniu ludzi potrzebujących pomocy). Tym celom służą rejony opiekuńcze jako tereny pracy terenowych opiekunów społecznych w miejscu zamieszkania podopiecznych, wiązanie rejonów opiekuńczych z rejonami służby zdrowia, pielęgniarkami środowiskowymi, terenowymi kołami Ligi Kobiet, PKPS i innymi organizacjami społecznymi (co sprzyja bardziej wszechstronnej działalności opiekuńczej) oraz utworzenie ośrodków opiekuna społecznego przy ZOZ.

Obok działalności społeczno-opiekuńczej instytucji państwowych, Polskiego Komitetu Pomocy Społecznej i Polskiego Czerwonego Krzyża rozwija się w tej dziedzinie działalność związków zawodowych i organizacji emerytalno-inwalidzkich (Zjednoczony Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów, Związek Inwalidów Wojennych, Związek Ociemniałych Żołnierzy, Polski Związek Niewidomych, Polski Związek Głuchych). Działalność tę uzupełniają też w dość szerokim zakresie świadczenia socjalne realizowane w stosunku do swych członków i ich rodzin przez Związek Spółdzielni Inwalidów.

Ważną rolę w dziedzinie opieki społecznej odgrywa także Liga Kobiet, koła gospodyń wiejskich, TPD oraz organizacje młodzieżowe.

Ukształtował się więc w naszym kraju szeroki front społecznego działania na rzecz ludzi potrzebujących opieki i pomocy. Front ten zasilają absolwenci szkół pracowników socjalnych, których tworzenie rozpoczęto kilka lat temu i są one ważnym elementem w polityce socjalnej naszego państwa.

Rozdział IX

STATUS PRAWNY. ODPOWIEDZIALNOŚĆ I FUNKCJE WYCHOWAWCZE ZAWODÓW MEDYCZNYCH

1. STATUS PRAWNY PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH

Czołowymi przedstawicielami zawodów medycznych są: lekarz mający szerokie uprawnienia lecznicze oraz lekarz dentysta o profilu wykształcenia upoważniającym do leczenia chorób jamy ustnej i zębów.

Ogólną podstawą prawną działalności lekarza jest ustawa z dnia 28 X 1950 r. o zawodzie lekarza (Dz.U. Nr 50, poz. 458). Przytoczona ustawa normuje podstawowe warunki wykonywania zawodu lekarza. Precyzuje ona, kto może być lekarzem, oraz określa jego zadania, które najogólniej biorąc polegają na rozpoznawaniu, leczeniu i zapobieganiu chorobom oraz wydawaniu orzeczeń lekarskich. W Ustawie podkreślono obowiązek udzielania pomocy lekarskiej w nagłych przypadkach, w każdym czasie i miejscu oraz konieczność przestrzegania tajemnicy lekarskiej.

Lekarze mogą doskonalić swoje kwalifikacje i uzyskiwać związane z tym tytuły specjalizacyjne. Dla uzyskania tytułu specjalisty w danej dziedzinie medycyny wymagane jest odbycie odpowiedniego przeszkolenia, ukończonego złożeniem egzaminu.

Pielęgniarka należy do zawodu medycznego reprezentowanego w służbie zdrowia najbardziej masowo. Pielęgniarka (pielęgniarz) ma zakres samodzielnych uprawnień przy pielęgnowaniu chorych oraz wykonuje zlecenia lekarskie. Wykonywanie zawodu pielęgniarki normuje ustawa z dnia 21 II 1935 r. o pielęgniarstwie (Dz. U. Nr 27, poz. 199). Przytoczona ustawa, wydana w okresie międzywojennym i w innych warunkach społeczno-ekonomicznych, nie odpowiada w pełni dzisiejszym, rozszerzonym potrzebom. Z tych przyczyn braki i luki ustawowe wypełniają inne przepisy. Ważną rolę w organizacji wykonywania zawodu pielęgniarki odgrywają przepisy resortowe, wydawane przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej.

Ze względu na duży rozwój zakładów społecznej służby zdrowia wystąpiło w praktyce duże zapotrzebowanie na pracę pielęgniarek. Zawodu pielęgniarki musiały, wobec tak dużej koniunktury, nauczać różne szkoły i zakłady, biorąc pod uwagę z jednej strony przygotowanie ogólne kandydatek, a z drugiej strony możliwości szkoleniowe w skali kraju. Z tych przyczyn w środowisku zawodowym pielęgniarek spotykamy zróżnicowane tytuły zawodowe i towarzyszące im różne zakresy uprawnień.

Wśród pielęgniarek możemy zatem rozróżnić: pielęgniarki, młodsze pielęgniarki, pielęgniarki przyuczone, asystentki pielęgniarskie o kwalifikacjach z zakresu ogólnego i asystentki pielęgniarskie o kwalifikacjach z zakresu pielęgniarstwa psychiatrycznego.

Pielęgniarki przyuczone, młodsze pielęgniarki, a nawet osoby mające praktyczną znajomość pielęgnowania chorych, mogły uzyskać tytuł pielęgniarki (pielęgniarza) o pełnych uprawnieniach, jeżeli ukończyły kurs przygotowawczy i złożyły egzamin przed komisją kwalifikacyjną na warunkach określonych w ustawie z dnia 14 VI 1960 r. o przejściowym trybie nabywania uprawnień pielęgniarki (pielęgniarza) (Dz.U. Nr 29, poz. 165).

Prawo stałego wykonywania zawodu we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej i gabinetach lekarskich, punktach pielęgniarskich mają pielęgniarki w pełni wykwalifikowane w swoim zawodzie. Do zakresu ich uprawnień zawodowych należy w szczególności: pielęgnowanie chorych, wykonywanie zleceń lekarzy, zapobieganie chorobom, oświata zdrowotna, pomoc przy zwalczaniu epidemii. Po dodatkowym przeszkoleniu, upoważnione przez ordynatorów lub kierowników przychodni pielęgniarki mogą wykonywać odpowiedzialne zabiegi, takie jak: wstrzykiwanie dożylne słabiej działają-

cych leków, kroplowe przetaczanie dożylne płynów, krwi konserwowanej i środków krwiopochodnych. Szczegółowe warunki dokonywania takich zabiegów przewiduje Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7 IX 1981 r. (Dz. Urz. MZiOS Nr 12, poz. 45).

Zakres wykonywania zawodu przez asystentki pielęgniarskie normuje instrukcja nr 4/79 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 VI 1979 r. w sprawie zadań i kwalifikacji zawodowych pracowników medycznych zatrudnionych na niektórych stanowiskach średniego personelu medycznego (Dz.Urz. MZiOS Nr 8, poz. 22). Do instrukcji dołączony jest wykaz czynności, które może wykonywać asystentka pielęgniarstwa. Wymienia się w wykazie: czynności asystentki ogólnej, psychiatrycznej oraz asystentki zatrudnionej w gabinecie dentystycznym.

Od wykonywania czynności zawodowych odróżnić należy wykonywanie czynności administracyjnych. Pielęgniarkom powierzane są także czynności w zależności od piastowanych przez nie funkcji służbowych. Odnieść to należy w szczególności do pielęgniarki naczelnej, przełożonej, oddziałowej i rejonowej (środowiskowej). Pielęgniarkom może też być powierzane kierownictwo punktu aptecznego, organizowanego według przepisów o prowadzeniu aptek.

Status prawny *położnej* opiera się na przepisach dawnych, podobnie jak pielęgniarki. Podstawę prawną zawodu położnej stanowi Rozporządzenie Prezydenta RP z dnia 16 III 1928 r. o położnych (Dz.U. z 1934 r. Nr 5, poz. 41). Wymienione rozporządzenie zawiera te same wady co ustawa o pielęgniarstwie. Jest ono przede wszystkim nie dostosowane do współczesnych warunków pracy położnej. Dawniej położna wykonywała zawód samodzielnie i sama. Współcześnie położna, jako pracownik zakładu społecznej służby zdrowia, jest zatrudniona głównie w szpitalu, izbie porodowej lub poradni K i ze względu na znaczny wzrost liczby lekarzy ma ułatwiony z nimi kontakt oraz zapewniony nadzór fachowy.

Przepisy prawne ustalają, kto może być położną (obecnie absolwentki pomaturalnej szkoły dla położnych), nakazują przestrzeganie zasad etyki i wykonywanie zarządzeń przełożonych oraz władz nadrzędnych, precyzują zabiegi, które może wykonywać położna oraz przypadki, w których obowiązkowo powinna wezwać lekarza. Ważnym zadaniem położnej jest szerzenie oświaty zdrowotnej oraz

zwalczanie uprzedzeń i zabobonów. Szczególne zadania położnej gminnej (miejskiej) oraz położnej izby porodowej zawiera instrukcja nr 37/55 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 VI 1955 r. (Dz. Urz. MZiOS nr 13, poz. 75 i z 1962 r. Nr 16, poz. 98). Poza tym położna może dokonywać wstrzykiwań dożylnych i kroplowego przetaczania płynów infuzyjnych, krwi konserwowanej i środków krwiopochodnych na tych samych zasadach i na podstawie tych samych przepisów jak pielęgniarka; przepisy te były przytoczone wcześniej.

Felczer wykonuje zawód zaliczany do średniego personelu medycznego. Zawód felczera był szeroko rozpowszechniony w okresie międzywojennym. Najwcześniej też uregulowano ich status prawny w ustawie z 1 VII 1921 r. o uprawnieniach do wykonywania czynności felczerskich. Udzielali oni w szerokim zakresie świadczeń leczniczych ludności ubogiej. Byli uprawnieni do leczenia w zakresie ograniczonym. Prowadzili gabinety felczerskie. Po II wojnie światowej, ze względu na duży niedobór lekarzy w Polsce podjęto szkolenie felczerów w liceach i szkołach felczerskich, cywilnych i wojskowych. Nowy status prawny felczera ustalono w ustawie z dnia 20 VII 1950 r. o zawodzie felczera (Dz. U. Nr 36, poz. 336). Przytoczona ustawa daje felczerom uprawnienia do udzielania świadczeń leczniczych ludności w ramach zakładu społecznej służby zdrowia pod kierunkiem lekarza, wydawanie orzeczeń lekarskich, w tym orzeczeń o czasowej niezdolności do pracy, oraz stwierdzania zgonów.

Do istotnych ustawowych obowiązków felczera należą: szerzenie oświaty zdrowotnej, wykonywanie czynności sanitarnych, przestrzeganie tajemnicy zawodowej. Szczegółowy zakres czynności zawodowych felczera jest wyliczony w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 II 1953 r. (Dz. U. Nr 18, poz. 73).

W połowie lat pięćdziesiątych zaprzestano kształcenia felczerów. Minister Zdrowia umożliwił felczerom ukończenie studiów lekarskich przez przyznanie im w tym celu znacznych ulg (stypendia, ułatwienia rekrutacji itp.). Felczerzy, którzy nie podjęli studiów medycznych, mają pełne prawo do pracy w ramach przysługujących im uprawnień zawodowych.

Do pracowników medycznych zaliczani są też *farmaceuci* zatrudnieni w aptekach otwartych i zakładowych oraz w innych za-

kładach społecznej służby zdrowia. Farmaceuci zatrudnieni w zakładach przemysłowych, państwowych lub spółdzielczych, nie prowadzonych przez resort zdrowia i opieki społecznej, nie należą do kategorii pracowników medycznych.

W aptekach spotykamy różnego rodzaju pracowników, a mianowicie: magistrów farmacji, prowizorów farmacji, pomocników aptekarskich, aptekarzy aprobowanych, asystentów aptecznych oraz techników farmaceutycznych i techników aptecznych.

Definicję farmaceuty zawiera art. 4 ustawy z dnia 8 I 1951 r. o aptekach (Dz. U. Nr 1, poz. 2). Stanowi on, że przy wykonywaniu czynności zawodowych w aptece, polegających w szczególności na wyrobie i wydawaniu leków oraz artykułów sanitarnych, a nadto sprawdzaniu ich jakości i tożsamości, powinni być zatrudnieni farmaceuci, do których należą osoby, które ukończyły studia farmaceutyczne w polskiej szkole wyższej. Artykuł 4 nawiązuje wyraźnie do absolwentów Wydziałów Farmaceutycznych Akademii Medycznych. Ze względu na to, iż z mocy przepisów szczególnych obowiązujących przed 1951 rokiem wiele osób miało uprawnienia farmaceutów i określone tytuły zawodowe, uprawnień tych nie naruszono, lecz utrzymano je w mocy, aż do czasu naturalnego wygaśnięcia.

Technik farmaceutyczny, absolwent pomaturalnego studium medycznego techników farmaceutycznych oraz technik apteczny spełniają w aptekach funkcje pomocnicze. Technik apteczny jest najniższym szczeblem fachowego pracownika aptecznego.

Lekarze, pielęgniarki, położne, felczerzy i farmaceuci przed rozpoczęciem wykonywania zawodu w danym województwie podlegają obowiązkowi rejestracji. Rejestr prowadzi lekarz wojewódzki. Podczas postępowania rejestracyjnego sprawdza się dokumenty stwierdzające uprawnienia zawodowe.

W zakładach społecznej służby zdrowia zatrudniane są jeszcze inne osoby o określonych, specjalistycznych zawodach służby zdrowia bądź mających trwałe zastosowanie w służbie zdrowia. Ich status prawny normują bądź przepisy wyższego rzędu, bądź też przepisy resortowe lub nawet zakładowe.

2. ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA WYKROCZENIA ZAWODOWE

Pracownik służby zdrowia odpowiada za wykroczenia zawodowe na podstawie ustawy z dnia 18 lipca 1950 r. o odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia (Dz.U. Nr 36, poz. 332). Przepisy ustawy dotyczą różnego rodzaju fachowych pracowników służby zdrowia.

Według tej ustawy wykroczeniem zawodowym pracownika służby zdrowia jest „naruszenie (działaniem, zaniechaniem, zaniedbaniem) zasady etyki, godności bądź sumienności zawodowej". Wynika z tego, że pojęcie wykroczenia zawodowego ma szeroki zasięg. Może ono polegać nie tylko na naruszeniu przepisów prawnych lub porządkowych (np. regulaminów), ale również na nieprzestrzeganiu niepisanych, społecznych norm postępowania i zachowania się, przyjętych w środowisku fachowych pracowników służby zdrowia.

Każdy pracownik służby zdrowia, który chce pozostawać w zgodzie z nakazami etyki zawodowej, musi postępować tak, aby jego czynności wypływające z nabytej wiedzy medycznej miały na względzie przede wszystkim dobro człowieka i dobru temu służyły. Przez zachowanie godności rozumie się dbanie o powagę i honor swego zawodu, a przestrzeganiem sumienności jest po prostu uczciwe i rzetelne wykonywanie czynności zawodowych.

Postępowanie w sprawach o wykroczenia zawodowe ma charakter autonomiczny, tzn. odpowiedzialność zawodową stosuje się niezależnie od innych rodzajów odpowiedzialności prawnej. Pracownik służby zdrowia, który został pociągnięty do odpowiedzialności karnej, karno-administracyjnej, dyscyplinarno-porządkowej lub cywilnej, może także być pociągnięty do odpowiedzialności zawodowej, która nie jest represją karną czy karą służbową, lecz autonomiczną formą rozliczenia się członków środowiska medycznego z tymi jego członkami, którzy wyrządzają mu szkody moralne, podważają jego autorytet i dobre imię.

Wykroczenie zawodowe jest dokonane wówczas, gdy pod względem przedmiotowym czyn pracownika medycznego wypełnia wszystkie ustawowe znamiona takiego czynu (obraza etyki, godności lub niesumienność), a ponadto czyn ten został popełniony w sposób

zawiniony. Gdy nie ma winy, a jest to tylko nieszczęśliwy przypadek, nie może być mowy o odpowiedzialności zawodowej.

Nie podlegają ściganiu wykroczenia zawodowe po upływie 5 lat od daty ich popełnienia (po tym terminie następuje przedawnienie ścigania).

Pracownicy służby zdrowia zatrudnieni w zakładach podległych Ministrowi Obrony Narodowej i Ministrowi Spraw Wewnętrznych, a będący w służbie tych resortów, nie odpowiadają za wykroczenia zawodowe w trybie ustawy z dnia 18 VII 1950 r., lecz według oddzielnych przepisów obowiązujących w tych resortach.

Rodzaje kar. Za wykroczenia zawodowe ustawa przewiduje kary zbliżone do kar typu dyscyplinarnego. Polegają one na oddziaływaniu wychowawczym przez stosowanie kar moralnych (upomnienie, nagana) i majątkowych w postaci pozbawienia prawa wykonywania praktyki (zawodu) w określonej miejscowości bądź okręgu na czas określony (nie krótszy niż jeden rok) lub na stałe. Ta ostatnia kara oznacza w praktyce stałe lub czasowe wydalenie sprawcy wykroczenia z konkretnego terenu. Obok kar zasadniczych ustawa przewiduje też kary dodatkowe (ogłoszenie skazania w urzędowym dzienniku wojewódzkim lub nałożenie grzywny do wysokości 60 000 zł).

Poza karami zasadniczymi i dodatkowymi należy także wspomnieć o niekorzystnych następstwach dla danej osoby, następstwach skazania. Na przykład lekarz ukarany naganą przez okres od 1 do 3 lat nie może być awansowany na samodzielne stanowisko w zakładach społecznych służby zdrowia, a jeśli takie stanowisko zajmuje, zostaje z niego zwolniony z zachowaniem przepisów prawa pracy o wypowiedzeniu umowy. Lekarz, ukarany karą pozbawienia prawa wykonywania zawodu w danym okręgu, z mocy prawa traci natychmiast zajmowane stanowisko pracy, a ponadto w jakimkolwiek okręgu przez okres od 2 do 5 lat nie może być powołany na samodzielne stanowisko w społecznym zakładzie służby zdrowia. Terminy te liczą się od daty uprawomocnienia się orzeczenia skazującego.

Komisje kontroli zawodowej. Komisje kontroli zawodowej rozpatrują sprawy o wykroczenia zawodowe wszystkich fachowych pracowników służby zdrowia. Są one zorganizowane dwustopniowo. Na szczeblu wojewódzkim działają komisje okręgowe jako organ pierwszej instancji, a na szczeblu centralnym działa komisja odwoławcza jako organ drugiej instancji. Liczba członków komisji kontroli zawodowej jest zależna od liczby obsługiwanych przez nią fachowych pracowników służby zdrowia.

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej ustalił, że Okręgowa Komisja składa się z 20 członków, jeśli liczba fachowych pracowników wykonujących praktykę na jej obszarze nie przekracza 1000. Na każde następne rozpoczęte lub pełne 100 osób fachowych pracowników służby zdrowia należy powoływać dodatkowo jednego członka komisji okręgowej. Członkowie komisji odwoławczej są powołani w liczbie 12 od każdej pełnej lub rozpoczętej liczby 5000 pracowników praktykujących na obszarze państwa.

W skład komisji okręgowej wchodzą osoby powołane — po zasięgnięciu opinii związków zawodowych — przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej na okres dwóch lat spośród fachowych pracowników służby zdrowia wyróżniających się w pracy zawodowej i społecznej, przedstawionych przez wydział zdrowia i opieki społecznej, oraz osoby delegowane przez miejscową wojewódzką radę narodową.

W skład komisji odwoławczej wchodzą: osoby powołane na okres 5 lat w $^2/_3$ przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej spośród fachowych pracowników służby zdrowia wyróżniających się działalnością społeczną i zawodową oraz spośród kandydatów przedstawionych przez związki zawodowe, a w $^1/_3$ części przez Ministra Sprawiedliwości spośród sędziów zawodowych.

Plenarne posiedzenie członków komisji kontroli zawodowej dokonuje wyboru prezesa i jego zastępcy (w głosowaniu tajnym), którzy kierują całokształtem prac komisji.

Szczególnie doniosła rola przypada komisji odwoławczej. Powołana jest ona nie tylko do rozstrzygania odwołań od orzeczeń i postanowień komisji okręgowych, ale także do ustalenia na posiedzeniach plenarnych obowiązujących zasad etyki, godności i sumienności zawodowej oraz rozstrzygania wątpliwości powstających w tym zakresie. Ustalenia i rozstrzygnięcia komisja odwoławcza podejmuje na żądanie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej bądź z własnej inicjatywy.

W komisji odwoławczej jest prowadzona księga precedensowych orzeczeń oraz ustalonych zasad etyki, godności i sumienności za-

wodowej. Przy poszczególnych komisjach działają rzecznicy dobra służby zdrowia i ich zastępcy, którzy spełniają rolę organu dochodzeniowego i oskarżycielskiego.

Rzeczników i ich zastępców powołuje Minister Zdrowia i Opieki Społecznej tylko spośród fachowych pracowników służby zdrowia, mających wysokie kwalifikacje zawodowe i społeczne oraz pełną znajomość zagadnień służby zdrowia.

Komisje okręgowe rozpatrują sprawy wniesione przez rzeczników w kompletach trzyosobowych (w których musi być delegat rady narodowej), a komisje odwoławcze rozstrzygają sprawy w kompletach pięcioosobowych (w których musi być członek przedstawiony przez związki zawodowe). W każdym jednak z kompletów orzekających musi zasiadać co najmniej jeden przedstawiciel zawodu, do którego należy osoba, przeciw której toczy się postępowanie komisji.

Jeżeli postępowanie w jednej sprawie toczy się przeciw kilku osobom (w I instancji więcej niż dwu, a w II instancji więcej niż trzem), to komplety orzekające mogą być odpowiednio zwiększone. W komplecie orzekającym komisji odwoławczej musi brać udział sędzia zawodowy.

Postępowanie w przypadku wykroczeń zawodowych. W razie ujawnienia wykroczenia powstaje możliwość i obowiązek przeprowadzenia stosownego postępowania, które daje się podzielić na 4 fazy: postępowanie wyjaśniające, wniosek o ukaranie, postępowanie rozpoznawcze i wykonanie orzeczeń.

Przepisy proceduralne dla poszczególnych faz postępowania zawiera ustawa z 18 lipca 1950 r., rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 września 1950 r. w sprawie organów kontroli zawodowej oraz postępowania w zakresie odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia (Dz.U. Nr 47, poz. 431), a ponadto wskazane w tychże aktach prawnych przepisy kodeksu postępowania karnego.

Postępowanie wyjaśniające wszczyna się w przypadku podejrzenia popełnienia przez pracowników służby zdrowia wykroczenia zawodowego. Podstawą podejrzenia są zawiadomienia otrzymane od organów kontroli lub ścigania karnego, doniesienia i skargi obywateli oraz inne podobne informacje. Celem postępowania wyjaśniającego jest ustalenie, czy istotnie popełniono wykroczenie i kto jest jego sprawcą.

Postępowanie wyjaśniające wszczyna i prowadzi rzecznik okręgowy z własnej inicjatywy lub na zlecenie wydziału zdrowia i opieki społecznej stopnia wojewódzkiego. W razie potrzeby, przed wszczęciem postępowania, występuje on z wnioskiem do właściwego ministra lub organu przezeń upoważnionego o uzyskanie zgody na ściganie. Zgoda jest wymagana tylko wówczas, gdy zachodzi potrzeba ścigania pracownika za wykroczenie popełnione w związku z wykonywaniem czynności służbowych w urzędach i instytucjach państwowych. Rzecznik jest obowiązany wszechstronnie wyjaśnić okoliczności sprawy oraz zebrać potrzebne dowody i utrwalić je dla kompletu orzekającego komisji. Rzecznik musi przestrzegać zasady obiektywizmu, która zobowiązuje go do zbierania nie tylko dowodów obciążających, ale także dowodów przeciwnych.

Jeżeli wyniki postępowania wyjaśniającego obciążają dostatecznie, rzecznik występuje do wojewódzkiego wydziału zdrowia i opieki społecznej z propozycją wyrażenia zgody na sporządzenie wniosku o ukaranie. Gdy nie ma podstaw do sporządzenia wniosku o ukaranie, rzecznik umarza postępowanie wyjaśniające za zgodą lub na żądanie wojewódzkiego wydziału zdrowia i opieki społecznej.

Postępowanie rozpoznawcze jest w swych formach zbliżone do rozprawy sądowej.

3. ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA NARUSZENIE TAJEMNICY W POSTĘPOWANIU LEKARSKIM

We współczesnych warunkach tajemnica zawodowa lekarza rozciąga się na tak wiele odrębnych lub pomocniczych zawodów, pozostających w symbiozie z zawodem lekarza, że bardziej zgodne z rzeczywistością będzie określenie — tajemnica w postępowaniu lekarskim. Tajemnica zawodowa polega na tym, że wzbronione jest ujawnianie osobom nie upoważnionym wiadomości uzyskanych w związku z pełnieniem funkcji lub czynności zawodowych.

Postępowanie lekarskie jest wdrażane zawsze wobec konkretnej osoby fizycznej lub grupy takich osób. Lekarz przy wykonywaniu

swego zawodu oraz osoby z nim współdziałające w tym zakresie mają do czynienia z osobą badaną lub chorą. W tych warunkach tajemnica, jaka musi być zachowana w takim postępowaniu, ma głównie na względzie ochronę prywatnego interesu osób fizycznych. Interes ten jest chroniony wymaganiami etyki zawodu lekarskiego i przepisami prawa. Etyka zawodowa i prawna określają zakres tajemnicy, chroniąc chorego przed możliwością jej zdradzenia. Pracownik zakładu społecznej służby zdrowia ujawniając tajemnicę zawodową ujawnia zarazem tajemnicę służbową. Definicję tajemnicy służbowej zawiera art. 120, § 16 K.K.

W omawianym ujęciu tajemnica będzie polegała na nieujawnianiu złego stanu zdrowia lub innych objawów patologicznych osobom niepowołanym. Obowiązujące przepisy prawne nie nadają jednak postępowaniu lekarskiemu charakteru tajemnicy absolutnej.

Podstawowym aktem prawnym w omawianej materii jest ustawa z 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza (Dz.U. Nr 50, poz. 458 z późniejszymi zmianami). Artykuł 14, ust. 1 stwierdza, że „lekarz jest obowiązany do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym poweźmie wiadomość w związku z wykonywaniem zawodu". Zasadą jest więc otoczenie tajemnicą nie tylko okoliczności odnoszących się do stanu zdrowia, ale także okoliczności z zakresu życia prywatnego, jeżeli zostały ujawnione przy okazji wykonywania zawodu (np. podczas wywiadu, wizyty w mieszkaniu itp.).

Możliwości ujawnienia tajemnicy, jako wyjątek od zasady, muszą być tłumaczone w sposób ścisły. Musi je ocenić sam lekarz. Lekarz również ocenia, w jakim zakresie ujawni powzięte w toku wykonywania zawodu wiadomości innym pracownikom służby zdrowia udzielającym mu pomocy w trakcie badań i leczenia.

Niektóre pomocnicze zawody służby zdrowia mają także wyodrębniony prawnie szczególny obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej. Ustawa z 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (Dz.U. Nr 36, poz. 336 ze zmianami z 1954 r. Dz.U. Nr 57, poz. 284) zobowiązuje felczera (starszego felczera), podobnie jak lekarza, do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym powziął wiadomość w związku z wykonywaniem zawodu. Od obowiązku zachowania tajemnicy felczer jest zwolniony w stosunku do lekarza sprawującego nadzór fachowy nad zakładem, w którym felczer pracuje, bądź lekarza kierującego jego czynnościami.

Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z 2 maja 1929 r. zawierające instrukcję dla położnych (Mon. Pol. Nr 185, poz. 448 z późniejszymi zmianami) postanawia, że położnej nie wolno zdradzać powierzonej jej w związku z wykonywaniem zawodu tajemnicy, co nie dotyczy lekarza ordynującego, lekarza kierownika poradni (ośrodka zdrowia) oraz władz sądowych.

Ustawa z 21 lutego 1935 r. o pielęgniarstwie (Dz.U. Nr 27, poz. 199) nakazuje pielęgniarce zachowanie w tajemnicy wszystkiego, o czym dowie się ona w związku z wykonywaniem praktyki pielęgniarskiej. Od obowiązku przestrzegania tajemnicy pielęgniarka jest zwolniona w stosunku do lekarza, pod którego opieką chory pozostaje.

Przepisy odnoszące się do innych fachowych pracowników służby zdrowia (lekarzy dentystów, techników dentystycznych, uprawnionych techników dentystycznych, laborantów dentystycznych, farmaceutów, techników farmaceutycznych, techników medycznych, laborantów medycznych, opiekunek dziecięcych, dietetyczek, masażystów, instruktorów higieny i terapii zajęciowej, higienistek szkolnych i stomatologicznych, pracowników socjalnych, dezynfektorów i ortoptystów) lub administracyjnych pracowników zakładów społecznych służby zdrowia nie zawierają postanowień, które zwracałyby uwagę na kwestię tajemnicy zawodowej. Braki te nie oznaczają oczywiście nieograniczonej swobody w rozgłaszaniu tajemnic postępowania lekarskiego dotyczących osób leczonych czy badanych. Wymienieni pracownicy służby zdrowia są również zobowiązani do zachowania tajemnicy, przy czym w sposób szczególny zwracają na tę okoliczność uwagę przepisy służbowe (regulaminy, instrukcje itp.) zakładów społecznych służby zdrowia.

Obowiązek zachowania tajemnicy przez wymienionych pracowników służby zdrowia wypływa przede wszystkim z powszechnie przyjętych zwyczajów i zasad etyki zawodowej. Piastowany przez te osoby zawód udostępnia im cudze tajemnice prywatne, a w takich sytuacjach zawsze wymaga się zachowania dyskrecji. Ujawnienie tajemnicy zawodowej przez fachowych pracowników medycznych narusza zarazem społecznie uzasadniony interes.

W takich właśnie warunkach chroni tajemnicę prywatną przepis art. 264 kodeksu karnego. Stanowi on w § 1, że funkcjonariusz publiczny lub inny pracownik instytucji państwowej lub społecznej,

który ujawnia wiadomości stanowiące tajemnicę służbową, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

Jest zrozumiałe, że łatwiej będzie wykazać istnienie obowiązku przestrzegania tajemnicy, jeżeli jest on określony ustawowo lub przez inne akty prawne, normatywne lub umowę, a trudniej w przypadku zwyczaju i niepisanych zasad etyki. Dlatego też uzasadniony jest postulat przypominania o obowiązku zachowania tajemnicy zarówno pracownikom fachowym służby zdrowia przyjmowanym do pracy, jak i pracownikom administracyjnym, technicznym lub fizycznym zakładów społecznych służby zdrowia, gdyż wszyscy oni mają możliwość poznania cudzych tajemnic z tytułu warunków swej pracy, chociażby poznanie to nie było w koniecznym, lecz tylko w przypadkowym związku z wykonywanym zawodem lub funkcją.

Pracownicy zajmujący stanowiska kierownicze i odpowiedzialne mają w omawianym zakresie obowiązki szersze. Wprawdzie przepisy powołanego artykułu chronią tajemnicę służbową, a nie prywatną, jaką jest tajemnica osoby chorej czy badanej, to jednak ujawnienie wbrew obowiązkowi takiej tajemnicy prywatnej, ale uzyskanej przez sprawcę przy wykonywaniu funkcji publicznej, stanowić będzie jednocześnie naruszenie tajemnicy służbowej. Przy omawianiu tych warunków zachodzi potrzeba rozdzielenia postępowania lekarskiego w stosunku do pracowników służby zdrowia wobec organów władzy i administracji oraz w stosunku do osoby chorej (badanej), jej rodziny i osób trzecich.

Obowiązujące przepisy nie określają z góry wszystkich pracowników służby zdrowia mających dostęp do tajemnic pacjenta. W zakładzie społecznym służby zdrowia (poradni, przychodni, szpitalu, sanatorium) krąg osób wtajemniczonych obejmuje niemal cały personel tych zakładów oraz organy upoważnione do nadzoru i kontroli.

Oczywiste jest, że pełny zasób wiadomości stanowiących tajemnicę prywatną będą mieli wyłącznie lekarze ordynujący, lecz ich rzeczą i rzeczą administracji będzie takie zabezpieczenie tajemnicy postępowania lekarskiego, aby personel pomocniczy i administracyjny pozyskał wiadomości tylko w zakresie niezbędnym do wykonania swych zadań.

W razie stwierdzenia lub podejrzenia choroby zakaźnej podanej w rozporządzeniu Rady Ministrów z 20 grudnia 1963 r. w sprawie

ustalenia wykazu chorób zakaźnych (Dz.U. Nr 58, poz. 314, zmiana — 1977 r. Dz.U. Nr 30, poz. 133) kierownicy zakładów społecznych służby zdrowia oraz wykonujący zawód poza tymi zakładami lekarze, felczerzy, pielęgniarki i położne mają obowiązek natychmiastowego zgłaszania takich przypadków organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

W myśl rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 8 listopada 1963 r. w sprawie zgłaszania przypadków gruźlicy (Dz.U. Nr 58, poz. 317) ordynatorzy oddziałów (kierownicy klinik), lekarze, felczerzy ordynujący w zakładach opieki zdrowotnej lub wykonujący praktykę prywatną są obowiązani zgłaszać właściwej poradni przeciwgruźliczej przypadki podejrzenia zachorowania lub zgonu na gruźlicę. Kierownicy zakładów opieki zdrowotnej zgłaszają ponadto do Instytutu Gruźlicy przypadki zachorowań i zgonów na gruźlicę opon mózgowych i ośrodkowego układu nerwowego.

Na zasadzie § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 25 lipca 1950 r. w sprawie prowadzenia rejestru i przesyłania doniesień dotyczących chorób wenerycznych (Dz.U. Nr 36, poz. 338) tylko lekarz jest obowiązany do zgłoszenia właściwej poradni skórno-wenerologicznej przypadku choroby wenerycznej.

Ponadto na mocy art. 228 § 2 i art. 229 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeksu Pracy (Dz.U. Nr 24, poz. 141, zmiana 1975 r. Dz.U. Nr 16, poz. 91) zakład społeczny służby zdrowia ma obowiązek bezzwłocznego zawiadomienia inspektora pracy i prokuratora o każdym śmiertelnym, ciężkim lub zbiorowym wypadku przy pracy, a inspektora pracy i państwowego inspektora sanitarnego o każdym przypadku choroby zawodowej. Szczególnie lekarz, nawet praktykujący prywatnie, ma obowiązek zgłoszenia choroby zawodowej organom wymienionym w zdaniu poprzedzającym, jeżeli ją ustalił przy wykonywaniu zawodu lub powziął podejrzenie o jej istnieniu. Aktualny wykaz chorób zawodowych zawiera rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 18 listopada 1983 r. w sprawie chorób zawodowych (Dz.U. Nr 65, poz. 294).

Wymienione wyżej przypadki zobowiązujące do ujawniania tajemnicy postępowania lekarskiego nie nastręczają na ogół wątpliwości i mieszczą się w tych sformułowaniach zawartych w przepisach dotyczących zawodu lekarza, felczera, pielęgniarki, które mó-

wią o szczegółowych przepisach nakazujących doniesienie określonym organom o konkretnych okolicznościach. Ujawnienie tajemnicy prywatnej w takich sytuacjach jest niewątpliwie uzasadnione interesem publicznym.

Naruszenie prawem chronionego dobra jednostki uzasadnia pociągnięcie sprawcy do odpowiedzialności prawnej. Tutaj może wchodzić w grę odpowiedzialność zawodowa, regulaminowa, karno-administracyjna, karna i cywilna.

Odpowiedzialności zawodowej podlegają fachowi pracownicy służby zdrowia wymienieni w ustawie z 18 lipca 1950 r. o odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia (Dz.U. Nr 36, poz. 332). Tajemnica lekarska, jako nakaz zawodowy i wymaganie etyki, w razie jej naruszenia kwalifikuje się do ścigania przez rzeczników dobra służby zdrowia. Ujawnienie tajemnicy stanowi w tej sytuacji wykroczenie zawodowe. Pociągnięcie sprawcy do odpowiedzialności jest możliwe w przypadku, kiedy działa on umyślnie, jak i w przypadku, kiedy dopuszcza się on czynu przez lekkomyślność lub z niedbalstwa, a więc nieumyślnie. Okręgowe komisje kontroli zawodowej mogą wymierzyć za wykroczenie jedną z następujących kar: upomnienia, nagany, pozbawienia prawa wykonywania praktyki w określonej miejscowości. Dodatkowo komisje są upoważnione do ogłoszenia ukarania w wojewódzkim dzienniku urzędowym bądź do wymierzenia grzywny w wysokości 60 000 zł. Jest to tzw. dodatkowe obostrzenie kary.

Odpowiedzialności regulaminowej podlegają ci pracownicy służby zdrowia, którzy z racji rodzaju wykonywanych czynności nie mają charakteru medycznego, nie mogą być pociągani do odpowiedzialności zawodowej. W szczególności odpowiedzialność ich będzie określona umową o pracę, regulaminem pracy i postanowieniem Kodeksu Pracy. Dyrektor (kierownik) zakładu społecznego służby zdrowia jest uprawniony do wymierzania kar regulaminowych między innymi za ujawnianie tajemnicy lekarskiej w postaci upomnienia, nagany, a nawet rozwiązania umowy o pracę z wypowiedzeniem lub bez wypowiedzenia.

Niezależnie od odpowiedzialności zawodowej i regulaminowej niektóre kategorie fachowych pracowników służby zdrowia mogą być pociągane do odpowiedzialności przed Kolegium do Spraw Wykroczeń za ujawnienie (wbrew obowiązkowi) tajemnicy lekarskiej.

Lekarz z mocy art. 26 ust. 5 ustawy o zawodzie lekarza może być ukarany przez kolegium grzywną do 12 000 zł. Felczer z mocy art. 9 ust. 2 ustawy o zawodzie felczera może być ukarany przez kolegium grzywną do 20 000 zł. Położna z mocy art. 18 rozporządzenia Prezydenta RP z 16 marca 1928 r. o położnych (Dz.U. Nr 5, poz. 41 z 1934 r.) może być ukarana przez kolegium grzywną do 3000 zł.

W związku z ujawnieniem tajemnicy lekarskiej mogą niekiedy zaistnieć podstawy do odpowiedzialności cywilnej, czyli majątkowej. Z reguły odpowiedzialność cywilna będzie kształtować się na podstawie art. 415 kodeksu cywilnego traktującego o czynach niedozwolonych. Kto z winy swej (umyślnej, nieumyślnej) wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. Profesor B. Popielski widzi następujące przykłady, które uzasadniałyby odpowiedzialność cywilną za naruszenie tajemnicy lekarskiej: „Jeżeli np. w wyniku bezprawnego (tj. nieuzasadnionego interesem publicznym lub prywatnym) ujawnienia ciąży nieślubnej lub nabytej choroby wenerycznej kobieta utraci posadę lub zostanie zmuszona do rozwodu, lekarz może być pozwany o odszkodowanie za poniesione przez nią z tego tytułu straty materialne". Do odpowiedzialności cywilnej sprawca szkody majątkowej może być pociągnięty niezależnie od już poniesionych konsekwencji zawodowych, regulaminowych, karno-administracyjnych i karno-sądowych.

4. FUNKCJE WYCHOWAWCZE ZAWODÓW MEDYCZNYCH

We współczesnej ochronie zdrowia coraz więcej uwagi poświęca się problemom medycyny pozytywnej (konstruktywnej), a więc umacnianiu i ochronie potencjału sił fizycznych i psychicznych ludności. Dominujące miejsce w medycynie pozytywnej zajmuje zagadnienie wychowania i oświaty zdrowotnej.

Terminem *oświata zdrowotna* określa się całokształt działań aktywizujących społeczeństwo do współdziałania w realizacji celów ochrony zdrowia. Oświata zdrowotna jest jednym z podstawowych sposobów walki o zdrowie ludności. Właściwe w tej dziedzinie wyniki mogą być osiągnięte tylko wówczas, gdy ogół ludności doceni znaczenie postępowania profilaktycznego, osiągnie właściwy poziom nawyków higienicznych i zostanie przekonany

o konieczności współpracy ze służbą zdrowia w zakresie ochrony swego zdrowia. Oświata zdrowotna obejmuje więc całe społeczeństwo, wszystkie bez wyjątku grupy wieku i środowiska, ale u jej podstaw leży praca wychowawcza z dziećmi i młodzieżą.

Pojęcie „wychowanie zdrowotne" jest akceptowane przez zainteresowane instytucje (służby zdrowia, oświaty) i organizacje społeczne dla pracy oświatowo-zdrowotnej z dziećmi i młodzieżą we wszystkich instytucjach wychowawczych, a więc w rodzinie, przedszkolu, szkole, a także jest używane w znaczeniu szerszym — w stosunku do całego społeczeństwa. Wychowanie zdrowotne (wg Demela) polega na:

a) wytwarzaniu nawyków bezpośrednio lub pośrednio związanych z ochroną i doskonaleniem zdrowia fizycznego i psychicznego;

b) wyrabianiu odpowiednich sprawności ustroju;

c) nastawieniu woli i kształtowaniu postaw umożliwiających stosowanie zasad higieny, skuteczną pielęgnację, zapobieganie chorobom, leczenie i rehabilitację;

d) pobudzaniu pozytywnego zainteresowania ludzi sprawami zdrowia przez możliwie systematyczne wzbogacanie i pogłębianie wiedzy o własnym organizmie i jego rozwoju, a także o prawach rządzących zdrowiem publicznym.

Przez wychowanie zdrowotne będziemy więc rozumieli całokształt działań zmierzających do takiego ukształtowania zachowań zdrowotnych ludzi, aby były one zgodne ze współczesnym stanem wiedzy medycznej i w maksymalnym stopniu przyczyniały się do umacniania i ochrony zdrowia. Należy tu rozróżnić zachowania zdrowotne związane z korzystaniem ze świadczeń instytucji medycznych (szczepienia ochronne, pomoc doraźna, przychodnia rejonowa, szpital, przychodnie specjalistyczne itp.) oraz zachowania zdrowotne w życiu codziennym (nawyki higieniczne, stosowanie diety, uprawianie ćwiczeń fizycznych w celu umocnienia zdrowia itp.).

Proces wychowania zdrowotnego jest uzależniony od cech człowieka lub grupy społecznej oraz od stanu jego środowiska. Na wychowanie zdrowotne wpływają takie cechy człowieka, jak poziom jego rozwoju fizycznego i psychicznego, zdrowie, zasób wiedzy, umiejętności, doświadczenie życiowe, wrażliwość emocjonalna.

Wiele spośród tych cech ulega zmianom w czasie życia człowieka. Zmianom ulegają także nawyki, wiedza o zdrowiu, postawy wobec zdrowia itp. Środowisko społeczne może korzystnie lub niekorzystnie wpływać na wyniki działania wychowawczo-zdrowotnego w zależności od jego kultury ogólnej (a zwłaszcza kultury zdrowotnej).

Działalność wychowawczo-zdrowotna jest realizowana przez różne instytucje i środowiska. Pierwsze funkcje w dziedzinie wychowania zdrowotnego pełni rodzina. Ona kształtuje najwcześniejsze nawyki, przyzwyczajenia i postawy zdrowotne. Te funkcje rodziny są wspomagane przez różne instytucje typu wychowawczego (przedszkola, uniwersytety dla rodziców, poradnie życia rodzinnego) oraz przez instytucje służby zdrowia (poradnie D, poradnie higieny szkolnej i wszelkie inne instytucje).

Istotną dotychczas przeszkodą w pełnieniu funkcji wychowawczo-zdrowotnych przez wszystkie zakłady służby zdrowia jest niedostateczna świadomość personelu medycznego w tej dziedzinie, brak przygotowania pedagogicznego oraz organizacja pracy nie uwzględniająca tego typu działalności.

Każdy lekarz w systemie społecznej służby zdrowia jest odpowiedzialny za zdrowie ludzi powierzonych jego opiece. Opieka ta nie może ograniczać się do funkcji naprawczych, do lecznictwa. Staje się on doradcą i wychowawcą dla tych, którzy zdobywają wiadomości o zdrowiu i chorobie, wyrabiają nawyki higieniczne, kształtują postawy i zachowania zdrowotne zgodnie z jego zaleceniami.

Istotne znaczenie w wychowaniu zdrowotnym mają pielęgniarki i położne. Okolicznościami sprzyjającymi prowadzonej przez nie pracy wychowawczej są długotrwałość i systematyczność kontaktów z pacjentem i jego domem, duża liczba informacji o pacjencie i jego środowisku (na podstawie rozmów i obserwacji bezpośrednich, np. w pielęgniarstwie środowiskowym) oraz umiejętność stwarzania bezpośredniego kontaktu w stosunku do pacjenta. Działalność wychowawcza lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników medycznych może i powinna przejawiać się w zakładach wychowawczych, we wszystkich zakładach służby zdrowia oraz w szerszym środowisku, np. w organizacjach społecznych.

W Polsce Ludowej stworzono zasadnicze warunki umożliwiające efektywne wychowanie zdrowotne społeczeństwa: poprawie uległy ogólne warunki materialne i kulturalne, zbudowano od podstaw sieć zakładów społecznej służby zdrowia i zakładów nauczania — powstała więc sieć instytucji, które mogą spełniać rzeczywiste funkcje wychowawcze w zakresie wychowania zdrowotnego.

Do celów krzewienia oświaty zdrowotnej wśród ludności zorganizowano ponadto specjalną sieć instytucji w pionie sanitarno-higienicznym. Całokształtem działalności oświatowo-zdrowotnej w kraju kieruje Minister Zdrowia i Opieki Społecznej za pośrednictwem Departamentu Inspekcji Sanitarnej. Pracę naukową, metodyczną, kształceniową i wydawniczą w zakresie wychowania zdrowotnego prowadzi Zakład Oświaty Zdrowotnej Państwowego Zakładu Higieny.

W wojewódzkich stacjach sanitarno-epidemiologicznych istnieją oddziały oświaty zdrowotnej, a w stacjach terenowych stanowiska instruktorów oświaty zdrowotnej. Zadaniem tych instytucji jest kierowanie działalnością oświatowo-zdrowotną w skali województw lub ZOZ-ów. W zakładach służby zdrowia, w zakładach pracy oraz w niektórych szkołach są powołani organizatorzy wychowania i oświaty zdrowotnej, którymi są fachowi pracownicy służby zdrowia lub odpowiednio przygotowani nauczyciele.

Do zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej należy (zgodnie z instrukcją nr 14/67 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej) ustalanie kierunków działania i wytycznych do planowania pracy w zakresie wychowania zdrowotnego oraz nadzór nad działalnością w tym zakresie zakładów społecznych służby zdrowia oraz innych instytucji i organizacji społecznych.

W wymienionej instrukcji są również określone zadania w dziedzinie oświaty zdrowotnej wszystkich zakładów społecznych służby zdrowia i fachowych pracowników tej służby. Prowadzenie działalności wychowania zdrowotnego, zarówno na terenie instytucji ochrony zdrowia, jak i na terenie objętym zasięgiem swego działania należy do obowiązków każdego zakładu społecznego służby zdrowia. W tym celu każdy zakład powinien powołać komórkę organizacyjną oświaty i wychowania zdrowotnego oraz zapewnić dla tej działalności odpowiednie środki finansowe, niezbędny sprzęt, wyposażenie i transport.

Działalność w zakresie oświaty zdrowotnej na terenie kraju podlega Departamentowi Inspekcji Sanitarnej Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. Wychowaniem zdrowotnym zajmują się również organizacje społeczne, zwłaszcza Polski Czerwony Krzyż.

Spośród kierunków pracy w zakresie wychowania zdrowotnego Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej kładzie obecnie szczególny nacisk na następujące zagadnienia:

a) stosowanie jako podstawowej metody szerzenia oświaty i wychowania zdrowotnego środków masowego oddziaływania (radio, telewizja, kino, prasa);

b) uznanie za główne pole pracy wychowania zdrowotnego zakładów nauczania i wychowania (szczególnie istotnym elementem współpracy resortu zdrowia i opieki społecznej oraz resortu oświaty w tym zakresie jest odpowiednie uwzględnienie zagadnień zdrowia w programach pracy szkół ogólnych i zawodowych);

c) lepsze wykorzystanie dla celów oświaty zdrowotnej wszystkich zakładów społecznej służby zdrowia i ich fachowego personelu (wychowanie zdrowotne powinno być integralną częścią codziennej pracy lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników medycznych; w tym celu należy podnieść rangę pracy oświatowo-wychowawczej w świadomości pracowników zakładów społecznych służby zdrowia);

d) wdrażanie podstaw wychowania zdrowotnego studentom akademii medycznych i uczniom średnich szkół medycznych w ramach nauczania poszczególnych dyscyplin.

Rozdział X

TEKSTY WAŻNIEJSZYCH AKTÓW PRAWNYCH NORMATYWNYCH REGULUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ ŚREDNIEGO I POMOCNICZEGO PERSONELU MEDYCZNEGO

Z wybranych tekstów (pełne wypisy lub tylko wyciągi) wynika, iż akty prawne normatywne regulujące działalność zawodową średniego i pomocniczego personelu medycznego mają różną rangę. Ustawy i dekrety oraz rozporządzenia, a więc akty prawne normatywne najwyższej rangi określają prawną sferę działania pracowników medycznych w stopniu bardziej ogólnym, pozostawiającym margines na interpretacje, a zarządzenia i instrukcje charakteryzują się znaczną szczegółowością zawartych w nich ustaleń techniczno-prawnych i znacznie silniej wyznaczają granice uprawnień zawodowych oraz wyliczają zarazem rodzaje poszczególnych czynności.

Zarządzenia i instrukcje chociaż są aktami prawnymi normatywnymi niższej rangi, to jednak są w pełni obowiązujące, gdyż rozwijają one i bardziej precyzują powinności prawne przewidziane w przepisach wyższego rzędu.

Trzeba też pamiętać, że niektóre akty prawne normatywne pochodzą z okresu międzywojennego i były wydane w innych warunkach społeczno-ekonomicznych, w których dominowały stosunki prywatno-własnościowe. Także akty prawne wydane w pierwszych latach po wyzwoleniu uległy pewnej dezaktualizacji. Świadomość tych okoliczności pozwoli na prawidłowe interpretowanie starych, ale jeszcze obowiązujących, przepisów prawnych.

Zebranie ważniejszych aktów prawnych w dostępny i przystępnie opracowany zbiór wpłynie niewątpliwie na ich bliższe poznanie i praktyczne wykorzystanie dla usprawnienia działalności zawodowej.

ROZPORZĄDZENIE PREZYDENTA RZECZYPOSPOLITEJ
z dnia 16 marca 1928 r. o położnych
(Dz.U. z 1934 r. Nr 5, poz. 41)

I. Praktyka położnicza

Art. 1. Prawo wykonywania zawodu i używania tytułu położnej przysługuje osobom, które:

1) posiadają obywatelstwo polskie;

2) ukończyły jedną z państwowych szkół położnych lub samorządowych szkół położnych, określonych w art. 6 ust. 2, względnie złożyły przepisany egzamin po ukończeniu jednej z prywatnych szkół położnych, wymienionych w tymże art. 6 ust. 2 niniejszego rozporządzenia.

Art. 2. (1) Wojewoda (...) może przyznać prawo wykonywania zawodu i używania tytułu położnej:

1) osobom, które ukończyły równorzędną szkołę położnych za granicą i posiadają obywatelstwo polskie, oraz

2) osobom, które odpowiadają warunkom wyszkolenia, określonym w art. 1 lub pkt. 1 niniejszego ustępu, a nie posiadają obywatelstwa polskiego.

(2) W przypadkach, przewidzianych w ust. 1 pkt. 2 niniejszego artykułu, pozwolenia mogą być udzielane tylko na określony czas i z zastrzeżeniem prawa wzajemności.

Art. 3. (1) Obowiązki i uprawnienia położnych obejmują:

1) udzielanie wskazówek w zakresie higieny i dietetyki ciąży,

2) higieniczną opiekę i pomoc przy porodzie prawidłowym,

3) higieniczną opiekę w połogu,

4) pierwszą pomoc w nagłych przypadkach w ciąży, przy porodzie i połogu — do czasu przybycia lekarza,

5) higieniczną opiekę nad noworodkiem i poradę co do jego pielęgnowania i karmienia.

(2) W wykonywaniu zawodu położne stosować się winny do przepisów instrukcji dla położnych, która zostanie ogłoszona w drodze rozporządzenia wykonawczego.

Art. 4. (1) Przed rozpoczęciem wykonywania zawodu położne obowiązane są zarejestrować się u wojewódzkiej władzy administracji ogólnej, składając dowody posiadanych uprawnień zawodowych.

(2) O miejscu zamieszkania, zmianie adresu względnie zaniechaniu wykonywania zawodu położne obowiązane są każdorazowo zawiadomić powiatową władzę administracji ogólnej (obecnie lekarza wojewódzkiego).

Art. 5. (1) Wojewódzka władza administracji ogólnej może pozbawić położne prawa wykonywania zawodu stale lub czasowo w tych przypadkach, kiedy zostanie stwierdzone, że położne dotknięte są niedołęstwem, chorobą lub nałogiem, wykluczającymi możność ponoszenia odpowiedzialności za pracę zawodową lub zagrażającymi zdrowiu ludzkiemu.

(2) Stwierdzenie istnienia takiego niedołęstwa, choroby lub nałogu winno być dokonane w drodze badania przez urzędową komisję lekarską, której skład i postępowanie określi rozporządzenie wykonawcze.

II. Szkoły położnych

Art. 6. (1) Szkoły położnych, których ukończenie uprawnia do wykonywania zawodu i używania tytułu położnych, są zakładane i prowadzone przez Państwo.

(2) Na podstawie zezwolenia wojewódzkiej władzy administracji ogólnej mogą być zakładane szkoły położnych, również przez związki komunalne oraz przez inne osoby prawne i fizyczne. Absolwentki tych ostatnich szkół mogą uzyskać prawo wykonywania zawodu położnych po złożeniu egzaminu w jednej z państwowych szkół położnych względnie przed specjalną komisją egzaminacyjną, której skład i czynności oznaczone będą w rozporządzeniu wykonawczym.

(3) Zastrzeżenie to nie dotyczy szkół położnych, zakładanych przez związki komunalne, których ukończenie uprawnia do wykonywania zawodu i używania tytułu położnej na równi z ukończeniem państwowej szkoły położnych.

Art. 7. (1) Szkoły mogą być zakładane jedynie przy szpitalach publicznych i zakładach położniczych, odpowiadających potrzebom nauczania i rozporządzających liczbą najmniej 40 łóżek położniczych.

Art. 8. Warunki, którym winny odpowiadać kandydatki, wstępujące do szkół położnych, są następujące:

1) ukończenie przynajmniej szkoły powszechnej,
2) ukończenie 18 lat oraz nieprzekroczenie 35 roku życia,
3) uzdolnienie fizyczne i umysłowe,
4) nienaganne prowadzenie się.

Art. 9. (1) Okres nauczania w szkołach położnych trwa dwa lata. Program nauczania, a jeżeli chodzi o szkoły państwowe i samorządowe — także statut i regulamin szkoły oraz instrukcje dla personelu szkoły, zostaną wydane w drodze rozporządzenia wykonawczego.

Art. 10. (1) Szkoły położnych obowiązane są do utrzymywania osobnych internatów dla swych uczennic. Zamieszkiwanie uczennic poza internatem jest wzbronione.

(2) Postanowienia niniejszego artykułu obowiązywać będą od chwili wydania rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej, które określi szczegółowo przepisy co do prowadzenia i koniecznego zaopatrzenia internatów.

III. Przeszkalanie położnych

Art. 12. (1) Położne obowiązane są do odbywania periodycznych uzupełniających kursów przeszkolenia.

(2) Okresy odbywania kursów, program i czas trwania kursów określone zostaną w drodze rozporządzenia wykonawczego.

Art. 13. W wypadkach zaprzestania wykonywania zawodu dłużej, niż przez jeden rok oraz w wypadkach stwierdzenia niedostatecznej znajomości zawodu powiatowa władza administracji ogólnej (obecnie lekarz wojewódzki) może zobowiązać położną do odbycia uzupełniającego kursu przeszkolenia poza terminem określonym w rozporządzeniu wykonawczym (art. 12 ust. 2) — pod rygorem wzbronienia wykonywania czynności położnych.

Art. 14. Wojewódzka władza administracji ogólnej może w wypadkach wyjątkowych zwolnić położną z obowiązku odbycia uzupełniającego kursu przeszkolenia, przewidzianego art. 12 niniejszego rozporządzenia.

IV. Postanowienia ogólne

Art. 15. Osobom, które zostały zarejestrowane przez władze administracji ogólnej przed wejściem w życie niniejszego rozporządzenia, przysługuje prawo wykonywania zawodu i używania tytułu położnej, a to na zasadzie i w granicach przepisów, obowiązujących do dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

Art. 16. (1) Zarejestrowana położna, wezwana do rodzącej, jest obowiązana udzielić jej pomocy o każdej porze, jeżeli nie zachodzi poważna ku temu przeszkoda.

Art. 17. Nadzór i kontrola nad wykonywaniem czynności położnych i przeszkoleniem położnych należy, o ile rozporządzenie niniejsze inaczej nie stanowi, do powiatowych władz administracji ogólnej.

Art. 19. Przepisy rozporządzenia niniejszego nie naruszają specjalnych uprawnień, przewidzianych w umowach międzynarodowych, w warunkach i granicach, w umowach tych ustalonych.

USTAWA

z dnia 21 lutego 1935 r.

O PIELĘGNIARSTWIE

(Dz.U. z 1935 r. Nr 27, poz. 199)

I. Wykonywanie praktyki pielęgniarskiej

Art. 1. Przez praktykę pielęgniarską rozumie się zawodowe wykonywanie następujących czynności:

a) pielęgnowanie chorych w zakładach leczniczych i domach prywatnych,

b) wykonywanie zleceń lekarzy przy chorych,

c) pracę w zakładach leczniczych, instytucjach zapobiegawczych, zakładach opiekuńczych, instytucjach społecznych, szkołach, zakładach przemysłowych oraz domach prywatnych w zakresie szerzenia higieny ogólnej i osobistej, zwalczania epidemii oraz zapobiegania chorobom.

Art. 2. (1) Do wykonywania praktyki pielęgniarskiej uprawnione są jedynie osoby, które uzyskały prawo praktyki pielęgniarskiej na zasadzie ustawy niniejszej. Osobom tym przysługuje również wyłącznie prawo używania tytułu pielęgniarki.

(2) Nadzór nad wykonywaniem praktyki pielęgniarskiej należy do Ministra Opieki Społecznej*.

1. Oprócz osób, którym przysługuje prawo wykonywania zawodu pielęgniarki na podstawie niniejszej ustawy, prawo to przysługuje również osobom, które złożyły egzamin przewidziany:

1) w dekrecie z 11 IV 1947 r. w sprawie praktyki pielęgniarskiej (Dz.U. Nr 32, poz. 141) albo

2) w dekrecie z 21 IX 1950 r. o przejściowym trybie nabywania uprawnień pielęgniarki (pielęgniarza) (Dz.U. Nr 44, poz. 410).

2. Dowodem posiadania uprawnień zawodowych pielęgniarki jest zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu.

3. Od pielęgniarek należy odróżniać młodsze pielęgniarki i pielęgniarki przyuczone.

Art. 3. (1) Prawo wykonywania praktyki pielęgniarskiej może być stałe lub czasowe.

(2) Stałe prawo wykonywania praktyki pielęgniarskiej mają osoby, które posiadają obywatelstwo polskie i dyplom szkoły pielęgniarstwa, przewidziany w art. 10 i 11.

(3) Minister Opieki Społecznej może nadać stałe prawo wykonywania praktyki pielęgniarskiej osobom posiadającym obywatelstwo polskie, które ukończyły za granicą szkołę pielęgniarstwa, uznaną przez Ministra Opieki Społecznej za równorzędną z polskimi szkołami pielęgniarstwa.

(4) Czasowo prawo wykonywania praktyki pielęgniarskiej może nadać Minister Opieki Społecznej.

1) w drodze wyjątku osobom nie posiadającym obywatelstwa polskiego, jeżeli: a) ukończyły przed wejściem w życie ustawy niniejszej polską dwuletnią szkołę pielęgniarstwa, posiadającą statut i program, zatwierdzone przez właściwe Ministerstwo lub b) ukończyły szkołę pielęgniarstwa przewidzianą w art. 10 i 11 lub też c) ukończyły za granicą szkołę pielęgniarstwa uznaną przez Ministra Opieki Społecznej za równorzędną z polskimi szkołami pielęgniarstwa, przy czym może on uzależnić nadanie uprawnień od zdania egzaminu z pewnych przedmiotów w jednej z polskich szkół pielęgniarstwa.

* Obecnie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej.

2) w czasie wojny, epidemii lub innych klęsk społecznych osobom nie mającym uprawnień do wykonywania praktyki pielęgniarskiej, lecz posiadającym przeszkolenie sanitarne lub doświadczenie w zakresie pielęgnowania chorych; Minister Opieki Społecznej może ograniczyć prawa tych osób do częściowego wykonywania praktyki pielęgniarskiej.

1. Przez szkoły pielęgniarstwa przewidziane w art. 10 i 11 rozumie się szkoły pielęgniarstwa państwowe albo też prywatne, prowadzone dawniej na podstawie zezwolenia ministra właściwego w sprawach ochrony zdrowia.

2. Obecnie kadry pielęgniarskie są szkolone w 2- i 3-letnich państwowych szkołach pielęgniarstwa. Organizację tych szkół, programy nauczania i warunki przyjmowania kandydatów regulują zarządzenia Ministra Zdrowia. Istniejące poprzednio niepaństwowe szkoły pielęgniarstwa zostały przejęte na własność Państwa na podstawie art. 13 ustawy z 28 X 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia (Dz.U. Nr 55, poz. 434, z późniejszymi zmianami).

Art. 4. Prawa wykonywania praktyki pielęgniarskiej nie mogą uzyskać osoby:

a) pozbawione własnej woli z powodu choroby psychicznej przez czas trwania ubezwłasnowolnienia,

b) sądownie pozbawione praw publicznych i obywatelskich praw honorowych — do chwili odzyskania tych praw,

c) dotknięte chorobą niebezpieczną dla otoczenia.

Art. 6. (1) Pielęgniarka traci prawo wykonywania praktyki pielęgniarskiej:

a) w razie utraty obywatelstwa polskiego, z wyjątkiem przypadku, gdy utraci je na skutek poślubienia cudzoziemca,

b) w razie ubezwłasnowolnienia z powodu choroby psychicznej, na czas trwania ubezwłasnowolnienia,

c) w razie orzeczenia wyrokiem sądowym utraty prawa wykonywania praktyki pielęgniarskiej.

(2) W przypadku gdy z powodu choroby psychicznej pielęgniarki wykonywanie przez nią praktyki pielęgniarskiej może zagrażać niebezpieczeństwu dla życia i zdrowia osoby pielęgnowanej, wojewódzka władza administracji ogólnej władna jest na podstawie orzeczenia komisji lekarskiej zawiesić pielęgniarkę w prawie

wykonywania praktyki pielęgniarskiej na czas trwania tej choroby.

(3) W razie zachorowania pielęgniarki na przewlekłą chorobę zakaźną, niebezpieczną dla otoczenia, lub stwierdzonego nosicielstwa czasowego albo trwałego, wojewódzka władza administracji ogólnej władna jest na podstawie orzeczenia komisji lekarskiej i przeprowadzonego badania bakteriologicznego zawiesić pielęgniarkę w prawie wykonywania praktyki pielęgniarskiej na czas choroby lub nosicielstwa, albo ograniczyć jej czynności do prac, nie zagrażających zdrowiu otoczenia.

(4) Wykonywanie praktyki pielęgniarskiej wbrew postanowieniom ust. (2) i (3) jest wzbronione.

(5) W razie uchylenia się pielęgniarki od stawienia się przed komisją lekarską wojewódzka władza administracji ogólnej może wzbronić jej wykonywania praktyki pielęgniarskiej do czasu stawienia się przed komisją.

(6) Na żądanie zainteresowanej pielęgniarki, wniesione w ciągu 14 dni od dnia doręczenia jej orzeczenia komisji lekarskiej, wojewódzka władza administracji ogólnej zarządza ponowne badanie jej przez wymienioną komisję.

(7) Skład komisji, sposób jej powoływania i tryb urzędowania określi rozporządzenie wykonawcze.

Art. 7. (1) Pielęgniarka obowiązana jest do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym dowie się w związku z wykonywaniem praktyki pielęgniarskiej.

(2) Od obowiązku zachowania tajemnicy pielęgniarka zwolniona jest:

a) w stosunku do lekarza, pod którego opieką chory pozostaje,

b) gdy ciąży na niej z mocy przepisów prawa obowiązek doniesienia władzy,

c) w pracy higieniczno-zapobiegawczej w stosunku do władz przełożonych.

Art. 8. Pielęgniarki zaliczają się do kategorii pracowników umysłowych i korzystają z praw i obowiązków ustawowo przepisanych dla tej kategorii pracowników.

Art. 9. Ustawa niniejsza nie narusza w niczym praw osób, uprawnionych do wykonywania praktyki lekarskiej, felczerskiej i położniczej.

Art. 22. Ilekroć przepisy ustawy niniejszej mówią o pielęgniarkach, przepisy te dotyczą również pielęgniarzy.

Art. 23. Przepisy ustawy niniejszej nie naruszają szczególnych uprawnień, przewidzianych w umowach międzynarodowych, w warunkach i granicach, w umowach tych ustalonych.

INSTRUKCJA NR 37/55 MINISTRA ZDROWIA

z dnia 20 czerwca 1955 r. (M. V-3/2/55)

w sprawie zabiegów, które może wykonywać położna gminna (miejska) i położna izby porodowej

(Dz.U. Min. Zdr. z 1955 r. Nr 13, poz. 75)

§ 1. 1. Wykonywanie zabiegów wymienionych w niniejszej instrukcji dozwolone jest wyłącznie położnym gminnym (miejskim) oraz położnym izb porodowych, zwanych dalej „położnymi".

2. Inne położne niż wymienione w ust. 1 mają prawo wykonywania jedynie zabiegów określonych w instrukcji dla położnych zawartej w rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 2 maja 1929 r. (Monitor Polski Nr 125).

§ 2. Do obowiązków położnej należy prowadzenie prawidłowej ciąży i prawidłowego porodu. W razie wystąpienia w czasie porodu powikłań położna jest obowiązana wezwać lekarza bądź przetransportować rodzącą do najbliżej położonego szpitala.

§ 3. 1. W przypadku gdy stan rodzącej jest tak niebezpieczny, iż zwłoka w wykonaniu zabiegu grozi utratą życia matce lub dziecku, położna ma prawo samodzielnie wykonywać następujące zabiegi:

1) ręczne wydobycie łożyska w przypadku zagrażającego życiu krwotoku w trzecim okresie porodu, przy czym zabieg ten powinien być przeprowadzony po uprzednim zastosowaniu cewnikowania pęcherza moczowego, wstrzyknięciu hypophizyny (wyciągu z tylnego płata przysadki mózgowej) oraz wykonania masażu macicy, zabiegu Credego,

2) tamponowanie pochwy, w przypadku pęknięcia szyjki macicy,

3) obrót wewnętrzny w przypadku porodu bliźniaczego, gdy po urodzeniu się pierwszego płodu — drugi znajduje się w położeniu poprzecznym, położna powinna najpierw wykonać próbę obrotu zewnętrznego, a dopiero gdy to zawiedzie, decydować się na obrót wewnętrzny nie później niż w 30 minut po urodzeniu się pierwszego płodu,

4) pomoc ręczna w przypadkach położenia miednicowego,

5) przebicie pęcherza płodowego, w przypadku gdy pęcherz ukazał się w szparze sromowej lub gdy poród przedłuża się z powodu bardzo grubych błon płodowych; zabieg ten może być dokonany tylko wówczas, gdy istnieje pełne rozwarcie ujścia, wymiary miednicy są prawidłowe oraz ustalona jest część przodująca,

6) boczne nacięcie krocza w przypadku zagrażającego głębokiego pęknięcia krocza lub zamartwicy płodu (przedłużające się przerzynanie główki płodu).

2. Po wykonaniu zabiegu określonego w ust. 1 pkt. 1 lub 2 położna obowiązana jest niezwłocznie skierować położnicę do szpitala, przekazując równocześnie szpitalowi wydobyte łożysko.

W skierowaniu położna obowiązana jest podać rozpoznanie, wskazania do wykonania zabiegu, ścisły czas wykonania zabiegu (data, godzina, minuty) oraz powikłania.

§ 4. 1. Położna, która posiada zaświadczenie o odbyciu odpowiedniego przeszkolenia ma prawo wykonywania zabiegu szycia krocza w przypadkach pęknięcia I lub II stopnia.

2. Zaświadczenie, o którym mowa w ust. 1, wystawia wydział zdrowia prezydium wojewódzkiej rady narodowej, na wniosek dyrektora szkoły położnych, ordynatora oddziału położniczego — specjalisty II stopnia lub specjalisty wojewódzkiego, według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do instrukcji.

§ 5. Zabiegi wymienione w §§ 3 i 4 położna wykonuje, po uprzednim chirurgicznym umyciu rąk, w wyjałowionych rękawiczkach.

ZARZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ

z dnia 7 września 1981 r.

w sprawie wykonywania niektórych czynności zawodowych przez pielęgniarki i położne

(Dz.Urz. MZiOS Nr 12, poz. 45)

Na podstawie art. 2 § 2 i art. 24 ustawy z dnia 21 lutego 1935 r. o pielęgniarstwie (Dz. U. Nr 27, poz. 199) oraz art. 20 rozporządze-

nia z dnia 16 marca 1928 r. o położnych (Dz. U. z 1934 r. Nr 5, poz. 41 i Nr 110, poz. 976) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Pielęgniarki i położne zatrudnione w zakładach służby zdrowia mogą wykonywać następujące zabiegi:

1) wstrzykiwanie dożylne leków oraz kroplowe przetaczanie dożylne płynów innych niż krew i środki krwiopochodne,

2) kroplowe przetaczanie krwi konserwowanej i środków krwiopochodnych.

§ 2.

1. Zabiegi, określone w § 1 pkt 1, mogą wykonywać pielęgniarki i położne, które według oceny właściwej pielęgniarki oddziałowej (przełożonej pielęgniarek) oraz lekarza-kierownika jednostki organizacyjnej posiadają kwalifikacje potrzebne do wykonywania tych zabiegów.

2. Posiadanie potrzebnych kwalifikacji stwierdza, na wniosek pielęgniarki oddziałowej (przełożonej pielęgniarek), lekarz — kierownik właściwej jednostki organizacyjnej (oddziału, kliniki, przychodni, poradni, ośrodka zdrowia) w formie wystawienia zaświadczenia według wzoru — stanowiącego załącznik Nr 1 do zarządzenia.

§ 3.

1. Kroplowe przetaczanie krwi konserwowanej i środków krwiopochodnych (§ 1 pkt 2) może być wykonywane wyłącznie pod nadzorem lekarza przez pielęgniarkę i położną, która:

1) odbyła odpowiednie przeszkolenie z zakresu krwiodawstwa i krwiolecznictwa, co zostało stwierdzone zaświadczeniem wystawionym przez właściwą stację krwiodawstwa, albo

2) według oceny właściwego ordynatora oddziału (kierownika kliniki) posiada kwalifikacje potrzebne do wykonywania takich zabiegów.

2. Posiadanie kwalifikacji, określonych w ust. 1 pkt 2, stwierdza na wniosek ordynatora oddziału (kierownika kliniki) kierownik właściwej jednostki organizacyjnej w formie wystawienia zaświadczenia według wzoru — stanowiącego załącznik Nr 2 do zarządzenia.

§ 4.

Uprawnienia, o których mowa w § 2 ust. 2 oraz w § 3 ust. 2, są ważne w okresie zatrudnienia pielęgniarki lub położnej w danym zakładzie służby zdrowia i w uzasadnionych przypadkach mogą być cofnięte.

§ 5.

Postanowienia §§ 2—4 nie mają zastosowania do pielęgniarek i położnych, które ukończyły specjalizację, z wyłączeniem specjalizacji z zakresu organizacji i zarządzania pracą pielęgniarską. Posiadanie zaświadczenia o uzyskaniu specjalizacji jest równoznaczne z nabyciem uprawnień do wykonywania zabiegów określonych w § 1.

§ 6.

1. Zabiegi, określone w § 1 pkt 1 i 2, mogą być wykonywane wyłącznie na zlecenie lekarza.

2. Lekarz zlecając wykonanie takiego zabiegu określa środek, jaki ma być zastosowany, jego dawkę oraz częstość i sposób wykonania.

§ 7.

Traci moc instrukcja Nr 31/60 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 czerwca 1960 r. w sprawie wykonywania przez pielęgniarki i położne wstrzykiwań i kroplowego przetaczania dożylnego oraz kroplowego przetaczania krwi konserwowanej i środków krwiopochodnych (Dz. Urz. MZiOS nr 14, poz. 62, i z 1966 r. Nr 15, poz. 61).

§ 8.

Zarządzenie wchodzi w życie po upływie 2 tygodni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej: T. Szelachowski

W porozumieniu:

Minister Obrony Narodowej: wz. J. Urbanowicz

Minister Spraw Wewnętrznych: wz. B. Stachura

Minister Komunikacji: wz. J. Kamiński

Minister Sprawiedliwości: S. Zawadzki

Załącznik Nr 1 do zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7 września 1981 r.

Pieczęć podłużna jednostki organizacyjnej

ZAŚWIADCZENIE

Ob. .... ur. ....
(imię i nazwisko, zawód) (data urodzenia)

ma prawo wykonywania na zlecenie lekarza wstrzykiwań dożylnych oraz kroplowego przetaczania dożylnego płynów innych niż krew i środki krwiopochodne.

Pielęgniarka oddziałowa (Przełożona pielęgniarek)	Kierownik jednostki organizacyjnej (oddziału, kliniki, przychodni, poradni, ośrodka zdrowia)
....	....
(podpis)	(podpis)

Załącznik Nr 2 do zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7 września 1981 r.

Pieczęć podłużna jednostki organizacyjnej

Ob. .... ur. ....
(imię i nazwisko, zawód) (data urodzenia)

ma prawo wykonywania na zlecenie lekarza kroplowego przetaczania krwi konserwowanej i środków krwiopochodnych.

Dyrektor jednostki organizacyjnej

....

podpis

INSTRUKCJA NR 3/82
MINISTRA ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ
z dnia 17 lutego 1982 r.

w sprawie pielęgniarki środowiskowej
(Dz.Urz. MZiOS Nr 2, poz. 11)

§ 1.

Instrukcja dotyczy pielęgniarki środowiskowej zatrudnionej w przychodni rejonowej w gminnym (wiejskim) ośrodku zdrowia.

§ 2.

1. Na stanowisku pielęgniarki środowiskowej może być zatrudniona osoba, która:

1) posiada co najmniej 3-letni staż pracy w zawodzie pielęgniarki,

2) ukończyła kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek środowiskowych lub uzyskała specjalizację w zakresie pielęgniarstwa środowiskowego.

2. Warunek ukończenia kursu określonego w ust. 1 pkt 1 nie dotyczy absolwentek wydziału pielęgniarskiego akademii medycznych.

§ 3.

1. Obszarem działania pielęgniarki środowiskowej jest część lub całość rejonu zapobiegawczo-leczniczego właściwej przychodni rejonowej, gminnego (wiejskiego) ośrodka zdrowia, obejmującego opieką 1,0—2,5 tys. ludności.

2. Liczbę osób objętych opieką pielęgniarki, o której mowa w ust. 1 ustala — w oparciu o analizę struktury demograficznej, stanu zdrowotnego ludności oraz rozległości terytorialnej przydzielonego rejonu — kierownik przychodni (ośrodka) w porozumieniu z przełożoną pielęgniarek (starszą pielęgniarką) przychodni (ośrodka zdrowia).

§ 4.

Do obowiązków pielęgniarki środowiskowej należy wykonywanie zadań w zakresie opieki zdrowotnej w środowisku domowym powierzonych jej osób:

1) rozpoznanie sytuacji zdrowotno-społecznej poszczególnych osób, rodzin oraz określenie ich potrzeb zdrowotnych,

2) prowadzenie działalności zapobiegawczo-leczniczej poprzez:

a) preselekcję objawów chorobowych (wczesne wykrywanie wad i upośledzeń),

c) wykonywanie podstawowych prób diagnostycznych przy użyciu testów klinicznych oraz niektórych badań i pomiarów diagnostycznych (np. badanie ciśnienia krwi),

d) kierowanie na zlecenie lekarza, na badania diagnostyczne oraz badania ponawiane w procesie leczniczym,

e) zgłaszanie w poradniach specjalistycznych potrzeby konsultacji chorego w domu,

f) aktywizowanie i przyuczanie rodziny (opiekunów) chorego do sprawowania nad nim opieki w domu,

3) sprawowanie czynnej opieki nad położnicami i noworodkami bezpośrednio po ich powrocie z zakładu położniczego, w przypadku braku położnej rejonowej,

4) sprawowanie czynnej opieki nad zdrowymi niemowlętami od 2 miesiąca życia,

5) współdziałanie w sprawowaniu opieki zdrowotnej nad dzieckiem chorym,

6) pielęgnowanie obłożnie chorych leczonych w domach,

7) wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych objętych planem leczenia, przeprowadzanych na zlecenie lekarza, w warunkach domowych,

8) realizowanie ustalonych z lekarzem ogólnym i pracownikiem socjalnym form opieki nad osobami

a) objętymi szczególną troską, m.in. nad przewlekle chorymi, upośledzonymi, osobami samotnymi, zwłaszcza w podeszłym wieku,

b) po niektórych zabiegach operacyjnych, m.in. z opatrunkami unieruchamiającymi,

c) wypisanymi ze szpitala i wymagającymi dalszej opieki.

9) załatwianie środka transportu dla przewozu chorego w sytuacjach naglących ze względu na stan zdrowia,

10) zabezpieczenie opieki w placówkach wychowania i nauczania na terenach gminnych (wiejskich) ośrodków zdrowia, w przypadku nie spełniania wymagań do etatowego zatrudnienia pielęgniarki (higienistki szkolnej).

§ 5.

Pielęgniarce środowiskowej nie mogą być zlecane zadania nie przewidziane w § 4.

§ 6.

Pielęgniarka środowiskowa wykonuje swoje obowiązki we współdziałaniu z:

1) lekarzem rejonowym poradni ogólnej,

2) lekarzami pozostałych poradni przychodni rejonowej (ośrodka zdrowia) oraz poradni specjalistycznych,

3) oddziałami szpitalnymi,

4) pracownikiem socjalnym przychodni (ośrodka zdrowia) i pracownikiem socjalnym szpitala oraz

5) organizacjami społecznymi.

§ 7.

Pielęgniarka środowiskowa obowiązana jest prowadzić następującą dokumentację pracy:

1) kartę wywiadu środowiskowego,

2) książkę pracy terenowej (ewidencja wykonywanych zadań),

3) kartę środowiska (rodziny).

§ 8.

Nadzór nad pracą pielęgniarki środowiskowej sprawuje przełożona pielęgniarka (starsza pielęgniarka) przychodni rejonowej (ośrodka zdrowia) oraz kierownik przychodni (ośrodka zdrowia).

§ 9.

Traci moc instrukcja Nr 21/66 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 czerwca 1966 r. w sprawie pielęgniarki środowiskowej (Dz. Urz. MZiOS Nr 14, poz. 59 i z 1969 r. Nr 23—24, poz. 73).

§ 10.

Instrukcja wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej: T. Szelachowski

INSTRUKCJA NR 4/79
MINISTRA ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ

z dnia 11 czerwca 1979 r.

w sprawie zadań i kwalifikacji zawodowych pracowników medycznych zatrudnionych na niektórych stanowiskach średniego personelu medycznego (Dz.Urz. MZiOS Nr 8, poz. 22)

§ 1

Instrukcja dotyczy zadań i kwalifikacji zawodowych pracowników medycznych zatrudnionych na niżej wymienionych stanowiskach w zakładach społecznych służby zdrowia, zakładach pomocy społecznej i zakładach rehabilitacji zawodowej inwalidów:

1) starszego instruktora higieny, instruktora higieny,
2) starszej higienistki, higienistki,
3) starszego laboranta, laboranta, młodszego laboranta, przyuczonego laboranta,
4) starszego masażysty, masażysty, przyuczonego masażysty,
5) starszej dietetyczki, dietetyczki, przyuczonej dietetyczki,
6) starszej opiekunki dziecięcej, opiekunki dziecięcej,
7) dezynfektora, przyuczonego dezynfektora,
8) asystentki pielęgniarskiej,
9) preparatora.

§ 2

Do podstawowych obowiązków pracowników zatrudnionych na stanowisku starszego instruktora higieny, instruktora higieny należy w szczególności wykonywanie kontroli i nadzoru sanitarnego, pobieranie materiałów do badań oraz wykonywanie innych czynności z zakresu działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej, stosownie do posiadanych kwalifikacji.

§ 3

Do podstawowych zadań pracowników zatrudnionych na stanowisku starszej higienistki, higienistki należy wykonywanie pod kierunkiem lekarza opieki nad stanem higienicznym uczniów (wychowanków) przebywających w przedszkolach, szkołach podstawowych i średnich, a w szczególności:

1) czuwanie nad rozwojem i zdrowiem uczniów (wychowanków),
2) kontrola higieny osobistej uczniów (wychowanków),
3) czuwanie nad stanem sanitarnym szkoły (przedszkola),
4) szerzenie oświaty zdrowotnej,
5) udział w akcjach zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych i społecznych,
6) wykonywanie powszechnych badań przesiewowych,
7) opieka nad dziećmi z grup dyspanseryjnych,
8) udział w orzecznictwie zdrowotnym dla potrzeb ucznia i szkoły.

§ 4

1. Do podstawowych obowiązków pracowników zatrudnionych na stanowisku starszego laboranta, laboranta należy w szczególności:

1) wykonywanie pomocniczych badań diagnostycznych,
2) przygotowanie materiału do badań,
3) stosowanie zabiegów leczniczych w zakresie posiadanego przygotowania zawodowego,
4) wykonywanie innych czynności z zakresu działalności podstawowej zakładów społecznych służby zdrowia zgodnie z posiadanym przygotowaniem zawodowym.

2. Do podstawowych zadań pracowników zatrudnionych na stanowisku młodszego laboranta, laboranta przyuczonego należy wykonywanie czynności, określonych w ust. 1, pod kierunkiem pracownika medycznego o odpowiednich kwalifikacjach.

§ 5

1. Do podstawowych zadań pracowników zatrudnionych na stanowisku starszego masażysty i masażysty należy wykonywanie na zlecenie lekarza zabiegów z zakresu masażu leczniczego.

2. Do podstawowych zadań pracowników zatrudnionych na stanowisku przyuczonego masażysty należy wykonywanie czynności, określonych w ust. 1, pod kierunkiem pracownika medycznego o odpowiednich kwalifikacjach.

§ 6

1. Do podstawowych zadań starszej dietetyczki, dietetyczki należy w szczególności:

1) opracowywanie receptury posiłków wydawanych chorym — w ramach diety przepisanej przez lekarza,

2) nadzorowanie jakości posiłków dietetycznych przyrządzanych dla chorych,

3) udzielanie chorym wypisywanym ze szpitala (sanatorium) wskazówek co do właściwego stosowania diety.

2. Do podstawowych zadań pracowników zatrudnionych na stanowisku przyuczonej dietetyczki należy wykonywanie czynności, określonych w ust. 1, pod kierunkiem starszej dietetyczki lub innego pracownika medycznego o odpowiednich kwalifikacjach.

§ 7

Do podstawowych zadań pracowników zatrudnionych na stanowisku starszej opiekunki dziecięcej, opiekunki dziecięcej należy pielęgnowanie i wychowywanie dzieci w wieku do lat 3 w domach małych dzieci i w żłobkach, a w szczególności:

1) czuwanie nad prawidłowym rozwojem fizycznym i psychicznym oraz zdrowiem dzieci,

2) wykonywanie czynności pielęgnacyjno-higienicznych,

3) prowadzenie zajęć wychowawczych,

4) zapobieganie chorobom zakaźnym i społecznym, szerzenie oświaty zdrowotnej wśród rodziców.

§ 8

1. Do podstawowych zadań pracowników zatrudnionych na stanowisku dezynfektora należy przeprowadzenie odkażania oraz innych zabiegów, mających na celu likwidację szkodników zdrowotnych.

2. Do podstawowych zadań pracowników zatrudnionych na stanowisku przyuczonego dezynfektora należy wykonywanie zadań, określonych w ust. 1, pod kierunkiem dezynfektora lub innej osoby posiadającej odpowiednie kwalifikacje.

§ 9

1. Do podstawowych zadań pracowników zatrudnionych na stanowisku asystentki pielęgniarskiej należy w szczególności:

1) pielęgnowanie chorych pod kierunkiem i według planu ustalonego przez pielęgniarkę lub położną,

2) wykonywanie zabiegów higienicznych, diagnostycznych i leczniczych w zakresie ustalonym w załączniku nr 1 do instrukcji,

3) udzielanie pomocy w nagłych wypadkach w zakresie posiadanego przygotowania zawodowego.

§ 10

Do podstawowych zadań pracowników zatrudnionych na stanowisku preparatora należy wykonywanie czynności pomocniczych, określonych w załączniku nr 2 do instrukcji, w zakresie posiadanego przygotowania zawodowego.

§ 11

Stosownie do potrzeb i warunków zakładu pracy, zadania określone w § 2—10 mogą być odpowiednio rozszerzone o inne zadania związane z zapewnieniem prawidłowego funkcjonowania komórki organizacyjnej, w której zatrudniony jest dany pracownik medyczny.

§ 12

1. Kwalifikacje zawodowe wymagane od osób zatrudnionych na stanowiskach pracy, określonych w § 1, ustala taryfikator kwalifikacyjny pracowników działalności podstawowej.

Stosownie do tych ustaleń:

1) na stanowiskach określonych w § 1 pkt. 1, 2, 3, 5 i 6 mogą być zatrudniane osoby, które ukończyły średnią szkołę medyczną w danym zawodzie,

2) na stanowiskach określonych w § 1 pkt. 8 i 9 mogą być zatrudniane osoby, które ukończyły zasadnicze szkoły medyczne w danym zawodzie,

3) na stanowiskach określonych w § 1 pkt. 4 i 7 mogą być zatrudniane osoby, które ukończyły szkolenie kursowe i uzyskały uprawnienia do wykonywania danego zawodu.

2. Ponadto na stanowiskach określonych w § 1 mogą być zatrudniane osoby, które posiadają kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania danego zawodu nabyte w innym trybie i uznane za równorzędne z kwalifikacjami określonymi w ust. 1.

3. W przypadku gdy taryfikator kwalifikacyjny obok warunków określonych w ust. 1 i 2 wymaga przeszkolenia specjalistycznego — za takie przeszkolenie należy uważać ukończenie szkolenia prowadzonego przez Centrum Doskonalenia Nauczycieli i Średnich Kadr Medycznych, wojewódzki ośrodek doskonalenia kadr medycznych lub inne upoważnione jednostki resortu zdrowia i opieki społecznej.

§ 13

Ocenę kwalifikacji zawodowych osób, które ukończyły średnią szkołę medyczną za granicą lub posiadają inne dokumenty zagraniczne stwierdzające posiadanie tytułu zawodowego lub kwalifikacji zawodowych przeprowadza Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej.

§ 14

Osoby zatrudnione w dniu wejścia w życie instrukcji na stanowiskach określonych w § 1, na podstawie zaświadczenia o prawie wykonywania danego zawodu, uważa się za posiadające kwalifikacje, ustalone w § 12 i § 13.

WYKAZ
CZYNNOŚCI WYKONYWANYCH PRZEZ ASYSTENTKĘ PIELĘGNIARSKĄ (ASYSTENTA PIELĘGNIARSKIEGO)
(wg załącznika nr 1 do instrukcji nr 4/79)

A. I. Pielęgnowanie chorych dorosłych i dzieci (w tym noworodków i niemowląt z wyłączeniem wcześniaków):

1. Słanie łóżek, układanie w nich chorych.
2. Zmiana bielizny i pościeli.
3. Mycie chorych (toaleta, mycie rąk, pielęgnowanie włosów, kąpiele higieniczne).
4. Toaleta jamy ustnej.
5. Mycie włosów.
6. Zmywanie krocza, zakładanie wkładek u położnic.
7. Pielęgnowanie sutków u położnic.
8. Toaleta noworodka i kąpiel niemowlęcia.
9. Udzielanie pomocy chorym przy zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych.

10. Przygotowywanie i opieka nad chorymi w czasie werandowania i leżakowania.
11. Stosowanie gimnastyki oddechowej u chorych stale leżących.
12. Zapobieganie odparzeniom i odleżynom.
13. Stosowanie udogodnień dla chorych leżących.
14. Transport chorych.
15. Karmienie chorych.

II. Postępowanie bezbakteryjne i przeciwbakteryjne:

1. Przygotowanie do wyjaławiania i wyjaławianie narzędzi, bielizny, materiałów opatrunkowych.
2. Chirurgiczne mycie rąk, ubieranie do operacji.
3. Odkażanie bielizny i narzędzi.
4. Zabezpieczanie prawidłowego obiegu bielizny czystej i brudnej.

III. Obserwacja i zabiegi diagnostyczne u chorych dorosłych i dzieci (w tym noworodków i niemowląt z wyłączeniem wcześniaków):

1. Mierzenie temperatury, tętna i oddechu.
2. Mierzenie wagi, wzrostu oraz obwodu głowy, klatki piersiowej, szyi, kończyn i brzucha.
3. Zbieranie i przesłanie do badania próbek wydalin i wydzielin.

IV. Podawanie leków i zabiegi lecznicze:

1. Podawanie leków drogą doustną.
2. Podawanie leków drogą doodbytniczą (wlewy kroplowe, wlewki, czopki).
3. Podawanie leków drogą wstrzyknięć podskórnych i domięśniowych.
4. Stosowanie zabiegów przeciwzapalnych (kompresy, okłady, bańki).
5. Podawanie antybiotyków.
6. Stosowanie worków z lodem i termoforów.
7. Przepłukiwanie pochwy.
8. Stosowanie lewatywy przeczyszczającej.
9. Stosowanie kroplówki doodbytniczej szybkobieżnej.
10. Zakładanie rurki doodbytniczej.
11. Podawanie tlenu.
12. Pomoc przy zakładaniu opatrunków unieruchamiających prowizorycznych.

13. Przygotowywanie opasek gipsowych.
14. Wykonywanie małych opatrunków, zaopatrywanie ran.
15. Przygotowywanie zestawów do narkozy i wlewów dożylnych.
16. Przygotowywanie zestawów narzędzi do zabiegów leczniczych i diagnostycznych.

B. Ponadto asystentka pielęgniarska (asystent pielęgniarski) o kwalifikacjach z zakresu pielęgniarstwa psychiatrycznego może wykonywać następujące czynności:
1. Mierzenie ciśnienia.
2. Krępowanie chorego oraz zakładanie kaftana bezpieczeństwa.
3. Karmienie zwykłe i przez sondę.

C. Asystentka pielęgniarska (asystent pielęgniarski) zatrudniona w gabinecie dentystycznym może wykonywać następujące czynności pomocnicze:
1. Przygotowywanie gabinetu dentystycznego do przyjęć pacjentów.
2. Przygotowywanie, konserwacja i wyjaławianie aparatu i narzędzi dentystycznych.
3. Instrumentowanie lekarzowi dentyście w gabinecie przy zabiegach.
4. Przygotowywanie podkładów i mas do wypełniania ubytków dla lekarza dentysty.
5. Przygotowywanie mas plastycznych do pobierania wycisków
6. Prowadzenie dokumentacji gabinetu dentystycznego.

WYKAZ
CZYNNOŚCI WYKONYWANYCH PRZEZ PREPARATORA
(wg załącznika nr 2 do instrukcji nr 4/79)

1) Prace związane z hodowlą zwierząt laboratoryjnych, jak odpowiednie karmienie, pielęgnowanie, segregowanie, przygotowywanie pokarmu, pomieszczeń, oznaczenie czasu rui, kontrola rozmnażania,
2) prace pomocnicze przy sekcji zwłok, jak przygotowywanie zwłok do sekcji, pomoc w czasie sekcji, mycie i zszywanie zwłok, utrzymywanie sali sekcyjnej w należytym porządku, konserwowanie narzędzi służących do przeprowadzania sekcji,
3) pomoc przy wykonywaniu preparatów histopatologicznych i histologicznych,

4) wykonywanie eksponatów muzealnych anatomicznych i embriologicznych, jak natryskiwanie naczyń, wypreparowanie narządów i nerwów, zestawienie szkieletu, wykonywanie odlewów,
5) pomoc przy wykonywaniu zabiegów i doświadczeń na zwierzętach laboratoryjnych,
6) wykonywanie prostych preparatów bakteriologicznych, jak przygotowywanie pożywek, szczepionek i hodowla tkanek,
7) wykonywanie pomocniczych prac laboratoryjnych, jak mycie zwykłe naczyń laboratoryjnych, przygotowywanie chromianki do mycia chemicznego i mycie chemiczne naczyń laboratoryjnych, przygotowywanie zestawu naczyń potrzebnych do wykonywania ćwiczeń lub doświadczeń, ampułkowanie, sączenie, destylowanie, ważenie, wykonywanie roztworów malarnych, normalnych, procentowych, oczyszczanie substancji chemicznych,
8) przygotowywanie i pomoc w czasie wykonywania eksperymentów i likwidacja eksperymentów,
9) wykonywanie prostych prac związanych z konserwacją aparatury i sprzętu laboratoryjnego, ostrzenie noży mikrotomowych, igieł do strzykawek, skalpeli, czyszczenie i smarowanie aparatury,
10) wykonywanie innych prostych pomocniczych czynności technicznych i laboratoryjnych, zleconych przez bezpośredniego przełożonego.

DEKRET
z dnia 5 lipca 1946 r.
o wykonywaniu czynności techniczno-dentystycznych

Art. 1. Wykonywanie czynności techniczno-dentystycznych przez osoby nie uprawnione do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej dozwolone jest w zakresie określonym w art. 2 wyłącznie:
1) technikom dentystycznym,
2) uprawnionym technikom dentystycznym.

Art. 2. 1. Technicy dentystyczni mogą wykonywać roboty techniczno-dentystyczne w pracowniach techniczno-dentystycznych lekarzy dentystów lub utrzymywać własne pracownie dla wykonywania w nich tych robót na zamówienie lekarzy-dentystów. Stykanie się z pacjentami w związku z wykonywaniem tych robót jest technikom dentystycznym wzbronione.

2. Uprawnieni technicy dentystyczni, oprócz wykonywania robót techniczno-dentystycznych, mogą wykonywać zabiegi na poszczególnych zębach i uzębieniu, wchodzące w zakres czynności, jakich potrzeba do sporządzenia zębów sztucznych i uzębienia, koron, mostków i plomb, z wyjątkiem leczenia chorób jamy ustnej.

3. Minister Zdrowia w drodze rozporządzenia może określić szczegółowo zakres uprawnień techników dentystycznych i uprawnionych techników dentystycznych.

Art. 3. Prawo wykonywania czynności, określonych w art. 2 ust. 1, i używania tytułu technika dentystycznego służy osobom, które:

1) ukończyły 3-letnie liceum techniki dentystycznej lub

2) w dniu 1 września 1939 r. na mocy obowiązujących w tym czasie przepisów o wykonywaniu praktyki dentystycznej były uprawnione do samodzielnego wykonywania czynności techniczno-dentystycznych i używania tytułu technika dentystycznego,

3) w dniu 1 września 1939 r. trudniły się zawodowo na obszarze Państwa Polskiego wykonywaniem robót techniczno-dentystycznych na zamówienie lekarzy dentystów i do dnia 30 czerwca 1949 r. złożą egzamin, przewidziany w art. 6.

Art. 8. 1. Przy wykonywaniu robót techniczno-dentystycznych w pracowniach techniczno-dentystycznych lekarzy dentystów, techników dentystycznych oraz uprawnionych techników dentystycznych mogą być zatrudnione — poza osobami uprawnionymi do samodzielnego wykonywania czynności techniczno-dentystycznych — jako laboranci tylko osoby:

1) które ukończyły dwa lata nauki w państwowym liceum techniki dentystycznej albo

2) które w dniu 1 września 1939 r. trudniły się zawodowo wykonywaniem prac techniczno-dentystycznych lub pozostawały na nauce w tym zawodzie i do końca 1947 r. zarejestrują się u władzy administracji ogólnej II instancji,

3) które w dniu 8 maja 1945 r. trudniły się zawodowo wykonywaniem prac techniczno-dentystycznych lub pozostawały na nauce w tym zawodzie, złożą do dnia 31 sierpnia 1948 r. do Ministerstwa Zdrowia podanie o dopuszczenie do egzaminu i do dnia 30 czerwca 1949 r. złożą egzamin w zakresie przewidzianym instrukcją Ministerstwa Zdrowia przed komisją wymienioną w art. 6 ust. 1.

2. Laboranci, wymienieni w ustępie poprzednim, mogą pracować tylko pod kierunkiem lekarza dentysty, technika dentystycznego lub uprawnionego technika dentystycznego i nie mogą stykać się z pacjentami.

Art. 9. 4. O miejscu zamieszkania i wykonywania czynności zawodowych oraz ich zmianie uprawnieni technicy dentystyczni, technicy dentystyczni oraz laboranci techniczno-dentystyczni zawiadamiają władze administracji ogólnej I instancji.

Art. 10. Uprawnieni technicy dentystyczni oraz technicy dentystyczni, jeśli posiadają własne pracownie, powinni je prowadzić pod własnym i faktycznym kierownictwem. Pracownie te podlegają kontroli władz nadzorczych (art. 13).

Art. 11. Uprawnieni technicy dentystyczni i technicy dentystyczni nie mogą posiadać w swych pracowniach bądź pomieszczeniach, mających bezpośrednie połączenie z pracownią narzędzi i przyrządów oraz jakichkolwiek środków, które służą do wykonywania czynności i zabiegów im niedozwolonych.

Art. 12. Uprawnieni technicy dentystyczni i technicy dentystyczni mogą ogłaszać się tylko w sposób przepisany pod względem formy i treści rozporządzeniem Ministra Zdrowia.

Art. 13. Nadzór i kontrola nad wykonywaniem czynności uprawnionych techników dentystycznych i techników dentystycznych należy, jeśli dekret niniejszy inaczej nie stanowi, do władz administracji ogólnej I instancji.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 15 maja 1951 r.

w sprawie szczegółowego zakresu uprawnień uprawnionych techników dentystycznych

Na podstawie art. 2 ust. 3 i art. 14 dekretu z dnia 5 lipca 1946 r. o wykonywaniu czynności techniczno-dentystycznych (Dz.U. R.P. z 1947 r. Nr 27, poz. 104 i z 1948 r. Nr 24, poz. 162) zarządza się co następuje:

§ 1. 1. Uprawniony technik dentystyczny może — oprócz wykonywania robót techniczno-dentystycznych — wykonywać zabiegi na poszczególnych zębach, wchodzące w zakres czynności, jakich

potrzeba do sporządzenia zębów sztucznych, koron, mostków i plomb, z wyjątkiem leczenia chorób jamy ustnej.

2. W szczególności uprawniony technik dentystyczny może wykonywać następujące zabiegi:

1) w zakresie dentystyki zachowawczej:

a) leczenie próchnicy zębów, tzn. oczyszczanie próchnicznych ubytków i ich wypełnianie,

b) leczenie zapaleń miazgi metodą amputacyjną lub ekstirpacyjną oraz wypełnianie komory bądź przewodów,

c) leczenie zgorzeli miazgi w zębach jednokorzeniowych,

2) w zakresie małej chirurgii stomatologicznej — ekstrakcję zębów w znieczuleniu miejscowym lub w zamrożeniu chlorkiem etylu,

3) w zakresie protetyki dentystycznej — zabiegi w jamie ustnej potrzebne do sporządzania ruchomych bądź stałych protez,

4) usuwanie mechaniczne kamienia i osadu nazębnego.

§ 2. 1. Uprawnionemu technikowi dentystycznemu nie wolno:

1) wykonywać zabiegów chirurgicznych przewidzianych w § 1 ust. 2 pkt. 2 w przypadku podwyższonej temperatury ciała pacjenta,

2) wykonywać zabiegów chirurgicznych w jamie ustnej, jak cięcie ropnia, dłutowanie itp. oraz

3) wykonywać zabiegów w przypadku krwotoku poekstrakcyjnego z wyjątkiem nałożenia opatrunku uciskowego (tamponady).

2. Uprawniony technik dentystyczny jest obowiązany niezwłocznie skierować pacjenta na leczenie do lekarza w przypadkach:

1) podwyższonej temperatury spowodowanej chorobą zębów lub jamy ustnej,

2) zwichnięcia lub złamania szczęki,

3) niewykonania ekstrakcji do końca,

4) krwotoku lub długotrwałego krwawienia.

§ 3. Wyłącznie pod kierunkiem lekarza dentysty dozwolone jest uprawnionemu technikowi dentystycznemu wykonywanie następujących czynności:

1) założenie aparatów stosowanych w chirurgii urazowej,

2) wykonanie aparatów ortodontycznych i obturatorów.

§ 4. 1. Uprawniony technik dentystyczny przy wykonywaniu swych czynności może używać leków stosowanych w leczeniu zachowawczym oraz w protetyce, ze środków zaś znieczulających — wyłącznie preparatów ampułkowanych oraz chlorku etylu.

2. Przy wykonywaniu protez metalowych bądź części metalowych w protezach z mas plastycznych lub kauczuku uprawnionemu technikowi dentystycznemu wolno stosować jedynie metale szlachetne bądź stal nierdzewną.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 18 kwietnia 1956 r.

w sprawie wykonywania czynności fachowych w aptekach oraz specjalnych kwalifikacji wymaganych od pracowników aptek (Dz.U. Nr 13 poz. 66; zmiana Dz.U. z 1962 r. Nr 25 poz. 116)

§ 2. 1. Przy wyrobie i wydawaniu leków w aptekach społecznych, szpitalnych (sanatoryjnych) i kolejowych oraz w punktach aptecznych III typu wolno zatrudniać techników farmaceutycznych, tj. osoby, które:

1) ukończyły liceum farmaceutyczne lub technikum farmaceutyczne albo

2) nabyły uprawnienia technika aptecznego (§ 3 ust. 1) i wykształcenie na poziomie 11 klas szkoły ogólnokształcącej oraz złożyły z wynikiem dodatnim egzamin na technika farmaceutycznego według programu i na zasadach określonych przez Ministra Zdrowia,

3) odbyły przed dniem 1 I 1959 r. studia na IV roku wydziału farmaceutycznego akademii medycznej, lecz nie złożyły egzaminów przewidzianych dla otrzymania dyplomu oraz są zatrudnione w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia w aptekach przy wykonywaniu czynności fachowych; nabycie uprawnień technika farmaceutycznego stwierdza organ do spraw zdrowia i opieki społecznej ..., właściwy ze względu na miejsce zatrudnienia.

2. Technika farmaceutycznego wolno zatrudniać przy samodzielnym wykonywaniu czynności określonych w ust. 1, jeżeli po ukończeniu liceum (technikum) bądź złożeniu egzaminu pracował w aptece społecznej, szpitalnej (sanatoryjnej) lub kolejowej przez 2 lata w wymiarze 42 godzin tygodniowo pod nadzorem osoby posiadającej prawo samodzielnego wykonywania w aptece czynności fachowych w pełnym zakresie.

§ 3. 1. Przy wykonywaniu w aptece społecznej, szpitalnej (sanatoryjnej) lub kolejowej czynności fachowych w zakresie określonym w ust. 2 wolno zatrudniać techników aptecznych, tj. osoby, które złożyły egzamin na technika aptecznego w trybie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 VI 1952 r. w sprawie wykonywania czynności fachowych w aptekach otwartych oraz specjalnych kwalifikacji fachowych wymaganych od pracowników tych aptek (Dz.U. Nr 30, poz. 205).

2. Do zakresu czynności fachowych, które może wykonywać technik apteczny, należy:

1) sporządzanie i wydawanie leków nie zawierających w swym składzie trucizn i środków odurzających — pod nadzorem osoby posiadającej prawo samodzielnego wykonywania czynności fachowych w pełnym zakresie,

2) wykonywanie czynności pomocniczych z zakresu sporządzania leków nie zawierających w swym składzie trucizn i środków odurzających.

§ 4. 1. W punktach aptecznych I i II typu oraz w zakładowych punktach aptecznych przy wydawaniu artykułów sanitarnych i leków gotowych dozwolonych do obrotu w tych punktach wolno zatrudniać techników farmaceutycznych posiadających prawo samodzielnego wykonywania czynności fachowych oraz techników aptecznych.

2. W punktach aptecznych II typu czynności określone w ust. 1 mogą wykonywać także felczerzy, pielęgniarki, położne.

PYTANIA KONTROLNE

1. Przedstaw, w jaki sposób postęp naukowy, techniczny i społeczny wpływa na zakres działania ochrony zdrowia.
2. Wyjaśnij, na czym polegają różnice pomiędzy profilaktyką pierwszej, drugiej i trzeciej fazy.
3. Co to są główne i pomocnicze funkcje ochrony zdrowia? Podaj przykłady.
4. Co rozumiesz pod pojęciem opieki kompleksowej?
5. Omów i uzasadnij podstawowe tendencje do zmian ekonomicznych podstaw działania ochrony zdrowia.
6. Scharakteryzuj współcześnie występujące systemy ochrony zdrowia w krajach socjalistycznych, krajach kapitalistycznych i krajach rozwijających się.
7. Co to jest zdrowie? Jakie są mierniki stanu zdrowia?
8. Przedstaw metody badawcze stosowane w demografii.
9. Omów zalety i wady znanych ci źródeł danych statystyki ludnościowej.
10. Wskaż zasadnicze tendencje zmian stanu i struktury ludności Polski po II wojnie światowej (wykorzystaj dane z Rocznika Statystycznego GUS).
11. Wymień najważniejsze współczynniki ruchu naturalnego ludności. Podaj przykłady w odniesieniu do Polski.
12. Scharakteryzuj czynniki określające proces reprodukcji ludności.
13. Wyjaśnij pojęcia: zachorowalność (ogólna, szczegółowa), oraz chorobowość (ogólna, szczegółowa).
14. Jaki jest cel badań epidemiologicznych?
15. W jaki sposób należy walczyć z zanieczyszczeniami powietrza atmosferycznego i wody?
16. Rozważ wpływ warunków społeczno-bytowych na zdrowie ludności.

17. Jakie są podstawowe wady żywienia w naszym kraju?
18. Dlaczego mówimy, że struktura spożycia produktów żywnościowych jest w naszym społeczeństwie wadliwa?
19. Uzasadnij istnienie Światowej Organizacji Zdrowia.
20. Przedstaw formy pomocy realizowanej przez UNICEF.
21. Na czym polega współpraca krajów socjalistycznych w dziedzinie ochrony zdrowia ludności?
22. Uzasadnij zasadę, że zdrowie jest nie tylko prywatną sprawą obywatela, lecz również sprawą ogólnopaństwową, a ochrona zdrowia ma służyć całemu społeczeństwu.
23. Jakie zadania realizuje Minister Zdrowia i Opieki Społecznej?
24. Przedstaw zadania Zespołu Opieki Zdrowotnej.
25. Co składa się na opiekę zdrowotną i społeczną w województwie?
26. Omów cele i zadania nadzoru specjalistycznego.
27. Przedstaw podstawowe tendencje rozwoju kadr społecznej służby zdrowia w Polsce w okresie po II wojnie światowej w porównaniu z innymi krajami (wykorzystaj dane z Rocznika Statystycznego Ochrony Zdrowia GUS).
28. Kto i w jaki sposób sprawuje opiekę sanitarno-epidemiologiczną?
29. Przedstaw zadania podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania.
30. Przedstaw strukturę organizacyjną zespołów opieki zdrowotnej.
31. Podaj zasadnicze wskaźniki charakteryzujące działalność stacjonarnej opieki zdrowotnej.
32. Omów organizację pomocy doraźnej w Polsce.
33. Przedstaw formy organizacyjne opieki stomatologicznej.
34. Przedstaw problem ochrony macierzyństwa i zdrowia dziecka.
35. Omów zadania i zasady organizacji przemysłowej służby zdrowia.
36. Uzasadnij konieczność szczególnej opieki nad ludnością wiejską na tle sytuacji zdrowotnej tej grupy ludności.
37. Jakie znasz podstawowe formy rehabilitacji inwalidów?
38. Co to są „choroby społeczne"?
39. W jaki sposób zapobiegamy chorobom zakaźnym, gruźlicy i chorobom wenerycznym?

40. Omów sposoby zwalczania chorób układu krążenia i chorób nowotworowych.
41. Jakie są ujemne skutki alkoholizmu dla społeczeństwa?
42. Omów podstawowe grupy przyczyn urazowości wypadkowej.
43. Jaki jest zakres obowiązków opiekunów społecznych?
44. W jaki sposób działa Polski Komitet Pomocy Społecznej?
45. Kiedy możemy mówić o wykroczeniu zawodowym pracownika służby zdrowia i jakie są konsekwencje takiego wykroczenia?
46. Kogo obowiązuje zachowanie tajemnicy lekarskiej?
47. Czym różni się „oświata zdrowotna" od „wychowania zdrowotnego"?
48. Omów zadania Polskiego Czerwonego Krzyża.
49. Wymień podstawowe obowiązki pielęgniarki i położnej.
50. Przedstaw, w jaki sposób zorganizowana jest opieka zdrowotna nad ludnością wiejską.